

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 46

Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 22 juin 1935

PAR

ANDRÉ GALIBERN

Né le 24 mars 1909 à Los Masos (Pyr.-Or.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. VIRES, professeur, *président*.
LAUX, professeur.
COLL DE CARRERA, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel

1935

CIRRHOSE DE CRUVEILHIER-BAUMGARTEN

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 46

Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 22 juin 1935

PAR

ANDRÉ GALIBERN

Né le 24 mars 1909 à Los Masos (Pyr.-Or.)

INTERNE DES HÔPITAUX DE PERPIGNAN

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. VIRES, professeur, *président*.

LAUX, professeur.

COLL DE CARRERA, agrégé.

BAUMEL, agrégé.

asseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

Rue Jardin-Martel

1935

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie
Histologie
Physiologie
Chimie biologique et médicale
Physique médicale
Anatomie pathologique
Microbiologie
Pathologie et thérapeutique générales
Thérapeutique et matière médicale
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Hygiène
Médecine légale et médecine sociale
Pathologie médicale et clinique propédeutique
Clinique médicale
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale
Clinique des maladies mentales et nerveuses
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge
Clinique de dermatosyphiligraphie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique gynécologique
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Matière médicale (Ch. de c.)
Radiologie (Ch. de c.)
Anatomie (Ch. de c.)
Histologie (Ch. de c.)

MM.

J. DELMAS
TURCHINI
HEDON
CRISTOL
PECH
GRYNFELT
LISBONNE
BOSC
BOUDET
PUECH
CARRIEU
GAUSSEL
GIRAUD
VIRE, assesseur.
RIMBAUD
MASSABUAU
RICHE
P. DELMAS
EUZIERE, doyen
LEENHARDT
MARGAROT
ETIENNE
JEANBRAU
LAPEYRE
VILLARD
TERRACOL
CABANNES
LAMARQUE
LAUX
GRANEL

Honorariat

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale
Pathologie externe
Médecine opératoire
Accouchements
Clinique phthisiologique
Clinique propédeutique médicale
Clinique des maladies contagieuses
Stomatologie

MM.

PAGES
AIMES
SOUBEIRAN ag. libre
COLL DE CARRERA
GAUSSEL, prof.
BOULET
JANBON
D ^r WATON

Agrégés en exercice

MM. BOULET	Chirurgie....	MM. AIMES
PAGES		MOURGUE-MOLINES.
JANBON	Obstétrique..	GUIBAL
BAUMEL	Bactériologie.	ROUX
VIDAL		COLL DE CARRERA
		CARRERE

Examineurs de la thèse

MM. VIRE, professeur, président. | MM. COLL DE CARRERA, agr
LAUX, professeur. | BAUMEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

faible témoignage de mon amour filial.

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

PHARMACIENS

*particulièrement à ceux qui, par leur
aide matérielle, m'ont permis de choisir
librement ma carrière future.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. G.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RENE PUIG

En reconnaissance du solide enseignement que nous avons reçu à ses côtés; nous le remercions de nous avoir inspiré cette étude et de nous y avoir guidé de ses conseils.

A. G.

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

*Nous rendons hommage d'avoir bien
voulu accepter la présidence de notre
thèse.*

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

qui nous a honoré de ses conseils.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BAUMEL,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE
COLL DE CARRERA

Hommage et reconnaissance.

A. G.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL SAINT-JEAN DE PERPIGNAN

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A. G.

CIRRHOSE DE CRUVEILHIER-BAUMGARTEN

INTRODUCTION

Une observation inédite que nous devons à l'obligeance du Docteur René PUIG, dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne au cours de nos deux années passées à l'hôpital de Perpignan, a été le point de départ de cette étude.

Nous allons nous efforcer d'après les quatre thèses connues jusqu'à ce jour sur le sujet: LABARRAQUE (1923); Raoul DUVAL (1931) en France; VISINEANU (1928) et GINGOLD (1929) en Roumanie, de synthétiser les travaux qui nous sont antérieurs sur ce qu'il est convenu d'appeler la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. Afin de mieux dominer la question, nous nous sommes livrés à des recherches fructueuses dans la littérature médicale du siècle dernier: elles nous ont permis d'exhumer 19 observations anciennes depuis 1833 à 1911; de par l'appoint de celles-ci, de 3 observations indiquées par le docteur René PUIG et de 3 autres que nous avons pu nous procurer nous-mêmes à l'étranger, il nous est facile actuellement d'étendre le domaine de la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten.

Alors que KAUFMAN en 1929, LUPU et GINGOLD, Noël FIESSINGER et L. MICHAUX en 1930, René PUIG en 1931, con-

naïssaient respectivement 13, 14, 15 cas, nous sommes à même d'en fournir aujourd'hui 42.

Enfin, nous avons pu retrouver dans son texte primitif qui est celui de PÉGOT et non de CRUVEILHIER, l'observation principe dont toutes les études dernières ont découlé.

Nous remercions vivement le Professeur LUPU et le Docteur GINGOLD (Bucarest), ainsi que les Docteurs GUASCH (Barcelone) et MOGENA (Madrid), qui ont bien voulu nous faire parvenir leurs récents travaux.

HISTORIQUE

En 1833, PÉGOT signale des premiers, chez l'adulte, la perméabilité de la veine ombilicale. Il établit un rapport entre cette constatation anatomique, la tumeur veineuse de l'ombilic et le murmure veineux que l'accompagne à l'auscultation.

Son observation concernait le nommé « Bressales Joseph âgé de 48 ans, ancien soldat, admis à l'hôpital St-Antoine dans le courant d'octobre 1832 ». Il mourut le 14 janvier 1833 dans le service de M. KAPELER. C'est là que PÉGOT l'observa peu avant et qu'il pratiqua ensuite l'autopsie avec M. BERGEON.

Préalablement injecté au noir de fumée et à la gélatine, ils purent analyser le système des veines variqueuses de la paroi abdominale antérieure. L'ensemble des plans cutanés de cette région depuis le pubis jusqu'au-dessous de l'appendice xyphoïde fut enlevé en un seul bloc, laissant intact le cordon qui se rendait au foie. Ils constatèrent alors la perméabilité anormale de la veine ombilicale.

En 1835, CRUVEILHIER, président de la Société Anatomique, à une des séances de laquelle avait été rapporté l'observation précitée, donna la reproduction illustrée de la pièce anatomique préparée et conservée par PÉGOT. Ignorant sans doute les faits qui précèdent, les auteurs parisiens (Léonce LABARRAQUE, thèse sous la présidence de son maître le Pro-

fesseur CHAUFFARD) appelèrent cirrhose de Cruveilhier un faisceau de signes découverts en réalité par PÉGOT.

Quant à la pièce anatomique, sa reproduction, grâce à la vi^e planche de la xvi^e livraison de l'Anatomie pathologique du corps humain de CRUVEILHIER, est parvenue ainsi jusqu'à nos jours.

Nous nous sommes appesantis sur ces détails dès l'entrée du sujet, afin de bien marquer les mérites respectifs de chacun et dans le pur souci de rendre à PÉGOT la légitime paternité qui lui revient.

Il nous dit au sujet du nommé Bressales: « Cette tumeur variqueuse, d'une teinte violacée, molle, était indolente; *par l'auscultation, on entendait un bruissement qui n'était sensible qu'à l'ombilic* ». Et plus loin: « Cet homme qui avait un tempérament robuste, a succombé le 14 janvier 1833, dans un état de marasme complet, par suite d'un squirrhé du pylore provenant d'excès de tout genre et surtout en *boissons alcooliques* ».

A l'autopsie le foie fut trouvé plus petit que d'ordinaire et la rate pesait le double du poids normal.

Tels sont les faits caractéristiques et essentiels accompagnant la perméabilité de la veine ombilicale dans les observations qui suivront.

PÉGOT n'a pas été le premier à découvrir la perméabilité de la veine ombilicale chez l'adulte, puisqu'il nous cite deux auteurs, MANEC et MÉNIÈRE qui, l'année 1826, en rapportèrent chacun un cas. Il est vrai que ces deux cas ne présentaient pas de murmure au niveau de l'ombilic.

L'observation de MÉNIÈRE concernait un homme, âgé de 45 ans, mort de méningite, et chez qui l'autopsie révéla un canal veineux allant de la veine iliaque externe au sinus de la veine porte; ce canal au niveau de l'ombilic, venait au travers de la ligne blanche former quelques flexuosités (cir-

comphale ou varicomphale de Cruveilhier).

MANEC avait rencontré à la même époque un cas analogue chez un homme âgé de 60 ans; mais ici, en dehors de la constatation d'une veine attenante au cordon et se jetant dans la portion juxta-hépatique de la veine ombilicale restée perméable, il avait constaté que les veines sous-cutanées abdominales étaient dilatées et sinueuses: au niveau de l'ombilic la tumeur veineuse atteignait les dimensions d'une noix.

Ces deux auteurs ont eu le mérite d'avoir décrit, l'un bien avant SAPPEY, la veine para-ombilicale, l'autre avant BAUMGARTEN, le « restkanal », portion de la veine ombilicale restée perméable chez l'adulte à l'état normal.

Nous ne pouvons mieux faire que de les citer:

MÉNIÈRE: La veine qui assurait la communication entre le système porte et le système cave « se plaçait au côté gauche du cordon fibreux qui, après la naissance, représentait la veine ombilicale; ne se confondait avec ce cordon que dans le sillon horizontal du foie; enfin, lorsqu'elle était parvenue au niveau du sillon transversal, elle s'ouvrait dans le sinus de la veine porte ».

MANEC: « Mais l'isolement complet de la veine anormale et du cordon fibreux n'avait lieu que dans les deux tiers de sa longueur; au delà de cette limite, là où la veine s'élargissait, il y avait confusion de ces deux parties; la veine ombilicale persistante formait la continuation du canal accidentel et allait s'ouvrir dans le sinus de la veine porte ».

En remontant assez haut dans les annales de la Médecine, on peut affirmer que DUVERNEY (1761), et HALLER (1764), autorisèrent par leurs ouvrages les anatomistes et les médecins à croire à la persistance, chez l'adulte, d'un canal dans le cordon de la veine ombilicale ou le long de celui-ci.

Par la suite, nous avons déjà vu les études de MANEC et MÉNIÈRE en 1826 pour appuyer cette opinion que défendront CRUVEILHIER (1833), ROKITANSKY (1844), BOCK suivis de BAMBERGER (1851) et GUBLER (1853). Entre temps, BUROW (1838) avait décrit un dispositif veineux spécial, permettant au système porte de communiquer avec la circulation veineuse générale: « Lorsque la veine épigastrique n'est pas encore arrivée jusqu'à la hauteur de l'ombilic, elle donne un rameau qui se porte en dedans, et qui, se réunissant avec un autre rameau naissant du côté opposé, forme un tronc qui est étroitement accolé à la veine ombilicale dans tout son parcours intra-abdominal et s'abouche avec elle près de son entrée dans le foie ».

Mais le fait rapporté par BUROW n'a jamais été retrouvé par ROBIN dans ses autopsies sur 3 enfants mort-nés. Il se rapproche d'ailleurs de celui déjà décrit par MÉNIÈRE.

Avec SAPPEY, en 1859, les notions jusque là si confuses sur l'anatomie de la veine ombilicale de l'adulte vont être classées et mises au point.

Tout d'abord, il fait remarquer que la veine ombilicale, si elle est perméable dans la portion adjacente au sinus porte, ne peut jamais l'être dans son extrémité distale; cette portion, comme le démontra ROBIN, prend la forme d'un ruban aplati et reste définitivement atrophiée. De plus, ce que les auteurs précédents ont pris pour la veine ombilicale n'est qu'une veinule porte accessoire qui, à l'état normal, va du bord antérieur du foie, en suivant le cordon, jusque vers l'ombilic; à ce niveau cette veine (para-ombilicale) s'abouche avec les veines de la paroi abdominale antérieure (épigastriques, mammaires internes, tégumentales). C'est par cette veine extrêmement dilatée, que le sang, au cours de la cirrhose, va de haut en bas, du foie

à la paroi abdominale, et non de bas en haut, comme tous les anatomistes l'affirmaient jusque là.

Parlant de ces derniers, il dit dans son mémoire à l'Académie de Médecine: « Persuadés au premier coup d'œil qu'ils avaient sous les yeux la veine ombilicale, ils n'ont même pas eu la pensée de chercher le cordon de cette veine, qui peut échapper à un examen trop superficiel, mais qu'une observation plus attentive leur eût montré très probablement, s'ils eussent admis pour un instant la possibilité de son existence ».

Les recherches de SAPPEY portèrent sur 5 cas de cirrhose dont l'un doit rester célèbre puisqu'il fut fourni par TROUSSEAU et qu'il fit l'objet de la découverte de la veine para-ombilicale déjà observée par MANEC. Nous ne pouvons faire moins que de transcrire ici le passage de ses cliniques, au chapitre de la cirrhose, concernant le cas: « Ces nouvelles conditions de circulation dans les veines sous-cutanées de l'abdomen déterminent parfois l'apparition que je vous ai fait constater chez une malade âgée d'une cinquantaine d'années, et sur la paroi abdominale de laquelle rampaient des veines d'un volume tout-à-fait anormal. Le doigt appliqué sur l'une quelconque de ces veines, y percevait un frémissement analogue à celui qu'on observe dans les veines jugulaires des sujets anémiques, et qui est toujours l'indice d'un souffle vasculaire, dont ce frémissement est le phénomène corrélatif. Je ne doutais donc pas que l'auscultation ne nous révélât un bruit de souffle de ces veines superficielles dilatées et vibrantes. Et, en effet, vous avez pu constater avec moi chez cette femme l'existence d'un léger murmure vasculaire, perceptible au stéthoscope. Il paraîtrait que ce fait avait été signalé déjà par M. PÉGOT et constaté après lui par M. BAMBERGER, mais j'ignorais complètement ces recherches alors que je le notais de mon côté. Quoi qu'il

en soit de cette question de priorité qui m'est indifférente, je n'eus pas de peine à rattacher ce développement insolite des veines abdominales à une cirrhose et je priai M. SAPPEY de vouloir bien venir voir cette malade, dont je me proposais d'examiner les pièces anatomiques après la mort. C'est, en effet, sur ce sujet, injecté par M. SAPPEY avec l'habileté qu'on lui connaît, que ce savant anatomiste a découvert l'existence des veines collatérales du ligament suspenseur, et c'est de la sorte qu'il a pu démontrer que la circulation de compensation s'effectuait non point par la veine ombilicale, mais par les veinules normales dilatées ».

Plus loin, TROUSSEAU ajoute, ce qui est trop excessif comme nous le verrons au cours de notre étude: « Il s'agissait de vous parler d'un fait nouveau ou du moins peu connu, le frémissement vibratoire et le susurrus dans les veines sous-cutanées lorsqu'elles sont très dilatées; et de redresser une erreur, celle qui attribuait cette circulation compensatrice au rétablissement de la perméabilité de la veine ombilicale ».

A la même époque où TROUSSEAU découvrait le souffle épigastrique au cours de la cirrhose, un autre clinicien illustre, BOUILLAUD, observa un cas de ce genre; mais son chef de clinique, LEMAIRE (1859), au cours de l'autopsie, ne fit de recherches qu'au niveau de l'aorte, du cœur, des veines caves et de la veine porte et non de la veine ombilicale. Aussi le problème demeura-t-il entier pour eux ainsi que le confessa LEMAIRE à la fin de son article: « Note sur un bruit musical, non encore décrit, ayant son siège à la partie moyenne et inférieure du sternum, chez un homme affecté de cirrhose du foie », daté du 11 janvier 1859, dans le numéro 4 de l'*Union Médicale*. Il conclut: « Quoi qu'il en soit, le bruit musical que j'ai signalé, constitue un des phénomènes les plus intéressants d'auscultation, et bien

que sa cause reste encore ignorée, ne désespérons pas de le voir un jour mentionné comme un des signes les plus précieux de diagnostic ». BOULLAUD qui, quelques années avant, avait observé un cas à peu près semblable « crut ici devoir suspendre son jugement, et prouver par cette sage réserve, tout ce qu'il y avait d'obscur, de difficile dans une semblable question » ; en effet, ses disciples se hâtaient de conclure à l'identification d'un bruit cave.

Vers 1877, CHARCOT, parlant des travaux de SAPPEY et de ROBIN, nous dit que le cinquième groupe de veines portes accessoires pourrait être appelé groupe ombilical ou para-ombilical. Il relate l'expérience de SCHIFF sur le chat : par obstruction progressive de la veine porte, celui-ci a obtenu une dilatation de la veine para-ombilicale ; d'où sans doute le nom de veine de SCHIFF pour un auteur italien. CHARCOT ajoute enfin au sujet « d'un murmure qu'on entend par l'auscultation, d'un frémissement que perçoit la main au niveau de ces veines (SAPPEY) ; ils constituent des signes d'un favorable augure ». C'est là une affirmation toute gratuite basée sur le raisonnement et non sur les faits eux-mêmes, qu'on ne cessera plus de répéter jusqu'à nous.

En Allemagne, BAUMGARTEN (1877), refaisant du point de vue anatomique ce qu'avaient fait SAPPEY et ROBIN, découvre à son tour la perméabilité partielle de la veine ombilicale chez l'adulte. Ses recherches se sont poursuivies sur 60 sujets normaux, alors que celles de SAPPEY avaient eu lieu sur 5 cirrhotiques, celles de ROBIN, chez des individus normaux, sur 43 cordons fibreux succédant à la veine ombilicale. Seule une différence de chiffres dans la longueur du segment proximal, ou hépatique, du cordon resté perméable, sépare ces divers auteurs : BAUMGARTEN assigne 8 cm. au « restkanal » ; SAPPEY et ROBIN ne lui en donnent que 1 à 4.

L'ère des recherches anatomiques sera près d'être close avec WERTHEIMER en 1886; ce dernier, dont la thèse d'agrégation avait déjà trait à la question par certains de ses côtés, fera plus tard une étude systématique avec le secours de l'histologie chez une série de sujets (adultes, fœtus, nouveau-nés). Il concluera à l'existence en dehors des cas de veine ombilicale persistante (CRUVEILHIER), de para-ombilicale dilatée (SAPPEY), de restkanal (BAUMGARTEN), à celui d'un vaisseau néoformé centro-ombilical. Dans deux cirrhoses du foie sur trois, la veinule admettait soit un stylet, soit une aiguille à tricoter.

En 1902, MÉRIEL procède à une mise au point définitive; il constate, au cours de recherches relatives à des anomalies de l'ouraque, sur 60 parois abdominales disséquées 12 heures après la mort, les divers types de veines: para-ombilicales de Sappey, centro-ombilicale de Wertheimer.

Il décrit un type mixte où la centro-ombilicale émet deux branches gauche et droite qui s'anastomosent à plein canal avec les deux veines para-ombilicales attenantes au cordon.

Enfin, dans 55 cas sur 60, et dans les 5 autres cas d'une façon moins nette, il constata l'existence d'un « plexus anastomosant sur les côtés de l'ombilic la terminaison de veines para-ombilicales et des veines épigastriques avec le bouquet terminal des veines vésico-ombilicales ».

Nous devons donc retenir de ce qui précède quatre dispositifs anatomiques différents: —

veine ombilicale persistante (CRUVEILHIER);

veine para-ombilicale (5^e groupe porte accessoire de SAPPEY);

veine centro-ombilicale (6^e groupe porte accessoire de WERTHEIMER);

veine de BUROW (mise en doute par certains).

Quant au restkanal de BAUMGARTEN, il sert de point de départ soit aux para-ombilicales, soit à la centro-ombilicale.

Pour clore cette première moitié de l'histoire ayant trait, en grande partie, à l'anatomie pure du système ombilical ou para-ombilical, nous allons mentionner les noms des auteurs qui se sont occupés eux aussi du problème ; ce sont : MONRO, KRAUSE BRAUNE, KLEB, HYRTL, CALORI, BRIGIDI, MARIAU, HIS, JORIS et BORDONI.

En 1892, J. AUDRY trouve dans 10 cas sur 40, la présence d'un murmure veineux épigastrique au cours des états anémiques. Ce bruit continu est pour lui d'origine cave. Faisant sans doute allusion aux recherches de PÉGOT et de TROUSSEAU, il nous dit : « Tous les classiques parlent de murmure veineux continu qu'on peut observer dans la cirrhose atrophique, au niveau de l'abdomen, et qui siège dans les veines sous-cutanées abdominales anormalement développées. Si les faits qui viennent à l'appui de son existence ne sont pas absolument rares, nous avons été étonnés de voir, en les parcourant, qu'on ne mentionne jamais ce diagnostic différentiel qu'il conviendrait pourtant d'établir entre ces murmures veineux et les bruits de diable de la veine cave inférieure. Nous nous demandons même s'il n'y a pas eu confusion dans quelques cas, tout en reconnaissant parfaitement le droit à l'existence d'un bruit décrit dans les cirrhoses, surtout lorsqu'on a sous les yeux la tête de méduse, et sous le doigt le frémissement vasculaire provoqué par la pression ». L'étude d'AUDRY sur le diagnostic différentiel du bruit de diable d'origine cave, signalé déjà par CEJKA (1850), HAMMERNICK (1853), HEYNSIUS et EICHORST, nous permet de passer en revue les souffles d'origine porte (RÆSER), splénique (RÆSER et WALSCHE) ainsi que ceux qui se produisent au niveau des veines dilatées de l'abdomen (WARD et HOPE, WALSCHE) et dans les cas d'anévrysmes artérioso-veineux (THURNAM).

Quant au bruit cave que RÆSER « a eu tort de localiser au niveau de la veine porte », FRIEDREICH (1881) l'a fait apparaître aussi bien chez des anémiques, chlorotiques, que sur des sujets sains. Pour cela, il lui suffisait d'appuyer assez fortement le pavillon du stéthoscope placé sur l'épigastre.

La production d'un bruit veineux épigastrique au cours de la cirrhose est observé en 1895 en Amérique (U.S.A.), par W.-S. THAYER. Son cas qui concernait un médecin de campagne alcoolique ne fut pas suivi d'autopsie ; malgré ce, la netteté des signes cliniques ne permet aucun doute sur l'interprétation de son observation. L'auteur s'est livré à des recherches bibliographiques des plus sérieuses et c'est à lui que nous devons la découverte d'observations étrangères, en Allemagne et en Italie. Aux diverses interprétations du bruit continu épigastrique déjà indiquées par AUDRY, il convient d'ajouter encore des murmures d'origine veineuse (coronaire stomachique, veine coronaire, veine épigastrique tégumentaire gauche). Il nous cite à ce sujet les travaux d'HÉBERT DAVIES (1863), VAN JACKSCH (1893), VERSTRAETEN (1894), PIAZZA MARTINI (1894), SCHEELE (1904) et CATTI (1907).

Avec les cas de murmure veineux épigastrique où l'autopsie amena la découverte d'une veine ombilicale persistante (PICCHINI, 1890), ou d'une para-ombilicale (ROLLESTON), nous avons les cas de TAYLOR (1895), CATTI, SCHELLE, THAYER et HENRY (1912) où l'autopsie n'aura pas été ou n'aura pu être faite pour contrôler la perméabilité veineuse.

En 1922, de part les travaux de FLORAND, HUBER et HANGANUTZ, la Société Médicale des Hôpitaux de Paris va, au cours de plusieurs séances, s'intéresser aux découvertes de

ces trois auteurs. Le travail qu'ils auront fourni sera synthétisé par la thèse de Léonce LABARRAQUE sous la présidence de son maître, le Professeur CHAUFFARD. Nous voyons apparaître pour la première fois le terme de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten, terme doublement inexact, CRUVEILHIER n'ayant pas observé le premier le cas princeps qui a été rapporté en réalité par PÉGOT; quant à BAUMGARTEN, ses recherches anatomiques sur la veine ombilicale n'ont fait que suivre celles déjà si complètes de SAPPEY et ROBIN. La thèse de LABARRAQUE abonde peu en renseignements historiques : la reproduction de l'observation de Bressales, et l'illustration de la planche de CRUVEILHIER qui concerne la pièce anatomique citée au début, sont les seules données sur lesquelles ces auteurs ont établi l'appellation d'un syndrome clinique.

D'ailleurs, les observations de BAUMGARTEN (1877), Niro MASUDA (1911) et BENQUE (1912), comme d'ailleurs celle d'ÖETTINGER et MARIE (1911), citée par GINGOLD dans sa thèse en Roumanie, ne parlent ni de bruit veineux épigastrique, ni de thrill à la palpation ; seule la persistance de la veine ombilicale fut constatée. Sur 10 observations fournies par LABARRAQUE, sont seules dignes d'attention celles de PÉGOT (attribuée à CRUVEILHIER), de FLORAND (1922), d'LANGANUTZ (1922) et d'HUBER (1922). Une seule d'entre elles, celle de FLORAND, possède un contrôle nécropsique. Les observations d'ÉPPINGER et RANZI sont exposées sans qu'il soit fait mention d'autopsie. Grâce à la thèse roumaine de GINGOLD, nous avons pu effectuer une rectification à ce sujet, en donnant les résultats nécropsiques.

En Espagne, en 1930, ont été publiés deux cas nouveaux que nous avons pu nous procurer tout récemment à la source même : celui de FIGUERIDO et de GONDRA, de Bilbao.

et celui de GUASCH à Barcelone. Tous les deux, en raison du traumatisme abdominal qui est à l'origine de l'affection, présentent une analogie frappante avec l'observation de PÉGOT. L'observation de GUASCH, illustrée par un cliché photographique, quoique non confirmée par l'autopsie, paraît être indiscutablement liée à une circulation intense au travers du système veineux ombilical ou para-ombilical. Celle des deux autres auteurs est une des plus complètes qui soient, grâce à sa vérification nécropsique.

En Roumanie, deux thèses, VISINEANU en 1928, et GINGOLD en 1929, viennent appuyer celle déjà parue en France; en dehors des deux observations de VISINEANU et de GINGOLD, nous en trouvons une d'ETTINGER et MARIE concernant une maladie de Banti avec veine ombilicale perméable, mais sans production de bruit veineux.

Enfin, le dernier groupe d'ouvrages récents gravite autour de la thèse de Raoul DUVAL (1931). Inspirée par les recherches de FIESSINGER et de L. MICHAUX sur deux cas de cirrhose s'accompagnant de bruit veineux épigastrique ou sous-épigastrique, cette deuxième thèse parisienne nous fait connaître les observations de VISINEANU (1927) et J. KAUFMAN (1929) en Roumanie, avec celle de PAGNIEZ et RIVOIRE (1929) et les observations de FIESSINGER et MICHAUX (1930) en France. Un cas de souffle continu au cours d'un phlébite iliaque secondaire à une pyléphlébite, nous y est exposé (observation de CHABROL et BERNARD, 1928); il est à rapprocher, d'ailleurs, de celui paru précédemment et décrit par AKIL MOUKTAR (1924). Les observations rapportées par Raoul DUVAL sont des plus intéressantes. Sur 7 cas, deux seuls furent vérifiés nécropsiquement, ce qui permit la découverte dans l'un d'une para-ombilicale (VISINEANU) et dans l'autre d'une ombilicale (FIESSINGER) fortement dilatées.

Notre maître, le Docteur René PUIG, a observé en 1928, un bruit de rouet qui fut étiqueté d'origine cave. L'observation relatée par GALLAVARDIN, GRAVIER et lui-même concernait un cirrhotique spécifique ayant eu nombreuses hémorragies (buccales et gastro-intestinales). Chez lui on percevait un bruit de rouet au tiers inférieur du sternum. Ce cas n'a pas été cité sous le nom de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten, quoique rentrant dans ce cadre puisqu'il s'agissait d'un souffle paraxyphoïdien au cours d'une cirrhose hépatique ; mais les recherches nécropsiques portèrent surtout sur la région des vaisseaux caves et des veines sus-hépatiques.

Remarquons à ce propos que la même erreur dans le sens des recherches sur le cadavre, fut faite en 1859 par LEMAIRE, ce qui empêcha BOUILLAUD de déterminer l'origine du bruit veineux épigastrique qu'il avait observé déjà deux fois à cette époque.

En 1931, les docteurs René PUIG et FONTANEL publient l'observation d'une malade non autopsiée, suivie en clientèle, et dont l'histoire clinique était celle d'un syndrome ictéro-ascitique (type décrit en 1924 par FIESSINGER et BRODIN), avec hémorragies buccales et intestinales, ictère, ascite. Cette malade présentait un souffle typique avec thrill de la région xyphoïdienne. Les auteurs proposèrent d'appeler ce signe clinique surajouté à une forme anatomo-clinique quelconque de cirrhose : le signe de Cruveilhier-Trousseau. TROUSSEAU, en effet, a bien décrit cette particularité clinique ainsi que le démontre le passage que nous avons rapporté plus haut.

C'est en 1933 que nous avons eu le bonheur, ayant été interne dans le service de médecine du docteur PUIG, à l'hôpital de Perpignan, de suivre avec lui un cas nouveau de cirrhose dite de Cruveilhier-Baumgarten. Voici l'observation de notre cas :

CHAPITRE II

OBSERVATION INEDITE: PUIG ET GALIBERN (1933)

OBSERVATION 42

Cas n° 11 de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten vérifié à l'autopsie

R... Pierre, 40 ans, entre le 17 octobre 1932 dans le service pour ictère et hématurie.

Antécédents héréditaires: Rien à signaler.

Antécédents collatéraux: Un frère tuberculeux.

Le malade est marié; un de ses enfants a du nystagmus congénital comme lui-même.

Depuis plus de vingt ans, le malade a des poussées d'ictère. Ces « jaunisses » durent huit à quinze jours, ne l'empêchant pas toujours de continuer son travail, d'autrefois s'accompagnaient d'hématuries (la dernière hématurie remonte en 1923).

D'une manière générale, le malade saigne très facilement et abondamment, en particulier à l'occasion d'extractions dentaires.

Les renseignements fournis par notre enquête nous font savoir que le malade est un éthylique, « plusieurs litres de vin par jour ».

S'il vient à l'hôpital cette fois, c'est que la poussée d'ictère actuelle est la plus grave qu'il ait présentée. Elle a débuté il y a une vingtaine de jours: oligurie, urines foncées, pas de décoloration des matières.

Le malade n'avait pas interrompu son travail lorsque ce matin, il a présenté une hématomèse très abondante en trois fois.

A l'examen on note:

Ictère peu foncé généralisé;

Foie gros et douloureux à la palpation;

Rate percutable.

L'abdomen ne présente pas trace de circulation collatérale. Il est de volume normal. Il n'y a certainement pas d'ascite.

Le pouls est à 120. Tension 13/6. On ne note aucun signe anormal au niveau du cœur.

Les poumons paraissent sains. Quelques ronchus et quelques sibilances.

L'examen radioscopique confirme l'examen clinique.

Par ailleurs, le système nerveux ne présente aucun signe anormal. Pas de signe de syphilis. Nystagmus congénital.

Température oscillant entre 37° et 38°.

Matières non décolorées. Urines ictériques.

Examen du sang:

1° Réaction de B.-W.: négative.

2° Globules rouges 4.900.000

Leucocytes. 3.000

Lymphocytes. 24 %

Grands mono. 5 %

Poly-neutrophiles. 68 %

Eosinophiles 2,5 %

3° Résistance globulaire: normale.

4° Urines: Coefficient Maillard: 12,2 %.

Au bout de 12 à 15 jours, la température était redevenue normale. La teinte ictérique diminuait peu à peu, la diurèse augmentait.

Le 20 novembre, on s'aperçut que le malade était atteint du vers solitaire. Evacuation le 25 novembre 1932, après administration de 16 capsules d'extrait éthéré de fougère mâle et d'une purge saline.

Le 31 décembre 1932, le malade est parti dans un excellent état de santé après avoir subi un traitement à l'émétine pratiqué par acquit de conscience: il nous avait signalé un épisode dysentérique ancien; l'examen des selles avait été négatif.

Le diagnostic porté fut celui d'hépatite ictérique chronique évoluant vers la cirrhose (coefficient de Maillard. 15,2 %). L'absence d'ascite, le gros foie, la rate un peu augmentée de volume, les poussées successives d'ictères, les hémorragies permettaient de ranger ce cas dans le cadre des cirrhoses type de Hanot.

Le 31 mars 1933, le malade rentre de nouveau, mais cette fois dans un état grave et tout-à-fait différent du tableau précédent.

Il a eu en janvier et février deux petites hématoméses.

Ces jours-ci, il a eu une hématomèse très abondante.

On note les signes suivants:

Le foie est petit, et la rate paraît notablement augmentée.
Il y a de l'ascite en quantité notable avec circulation collatérale. Œdème des membres inférieurs de la région sacrée, des bourses.

Submatité des bases. Diminution du murmure vésiculaire à ce niveau.

Enfin, on note sur la ligne médiane à ce niveau et au-dessous de l'appendice xyphoïde une veine qui fait partie de l'ensemble du réseau de circulation collatérale; mais

la palpation et l'auscultation permettent de percevoir sur son parcours les signes du bruit veineux caractéristique de la « cirrhose de Cruveilhier ».

La veine présente sous la peau un trajet de 10 centimètres environ, 8 cm. au-dessous de la pointe xyphoïdienne, 2 cm. au-dessus. A 1 cm. au-dessous de la pointe xyphoïdienne, la veine est plus tortueuse, présente quelques sinuosités, de même au-dessus de l'appendice au moment de disparaître.

Le thrill perçu à la main et le souffle continu du type dit « veineux » présentent leur maximum au niveau des flexuosités au-dessous de l'appendice xyphoïde. Le stéthoscope étant placé au niveau de l'appendice xyphoïde, si on appuie sur la veine au-dessous on supprime le bruit. De même si on comprime la veine contre le plan osseux à côté du stéthoscope.

Le souffle est doux, continu, pareil à un écoulement rapide, « susurrus » comme disait TROUSSEAU et présente un renforcement très net à l'inspiration.

Pas d'albumine, pas de glycosurie.

Coefficient de Maillard: 24,2 %.

Urée sanguine: 0,20.

Réaction de B.-W. : négative.

Le 18 avril 1933: Ponction d'ascite: 7 litres.

Liquide d'ascite: réaction de Rivalta: négative.

Le 7 mai, selles sanglantes qui se renouvellent le 8. La température oscille entre 37°5 et 38°5. En mai et juin, on note de petites poussées de congestion des bases.

L'état général est mauvais. L'insuffisance hépatique s'aggrave de plus en plus.

L'ascite se reproduit assez vite. Nouvelles ponctions le 15 mai (4 litres), le 8 juin (7 litres), le 23 juin (8 litres). Pendant les 48 heures qui suivent chaque ponction, le ma-

lade présente des contractures douloureuses au niveau des extrémités des membres.

Décès le 6 juillet 1933.

Rate: 600 gr.

Foie: 1.000 gr., aspect clouté typique de la cirrhose. Les fragments prélevés montrent un parenchyme hépatique profondément remanié par un processus de sclérose. Il existe en de nombreux points des anneaux fibreux enserrant des nappes de parenchyme hépatique. A l'intérieur des bandes fibreuses il existe de nombreuses néoformations canaliculaires avec quelques néoformations vasculaires, mais relativement réduites sans véritable état angiomateux. Ilots inflammatoires à lymphocytes assez nombreux, disséminés à l'intérieur de la sclérose.

En somme, « cirrhose annulaire bi-veineuse avec grosse réaction de sclérose » (Docteur CROIZAT, laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Lyon).

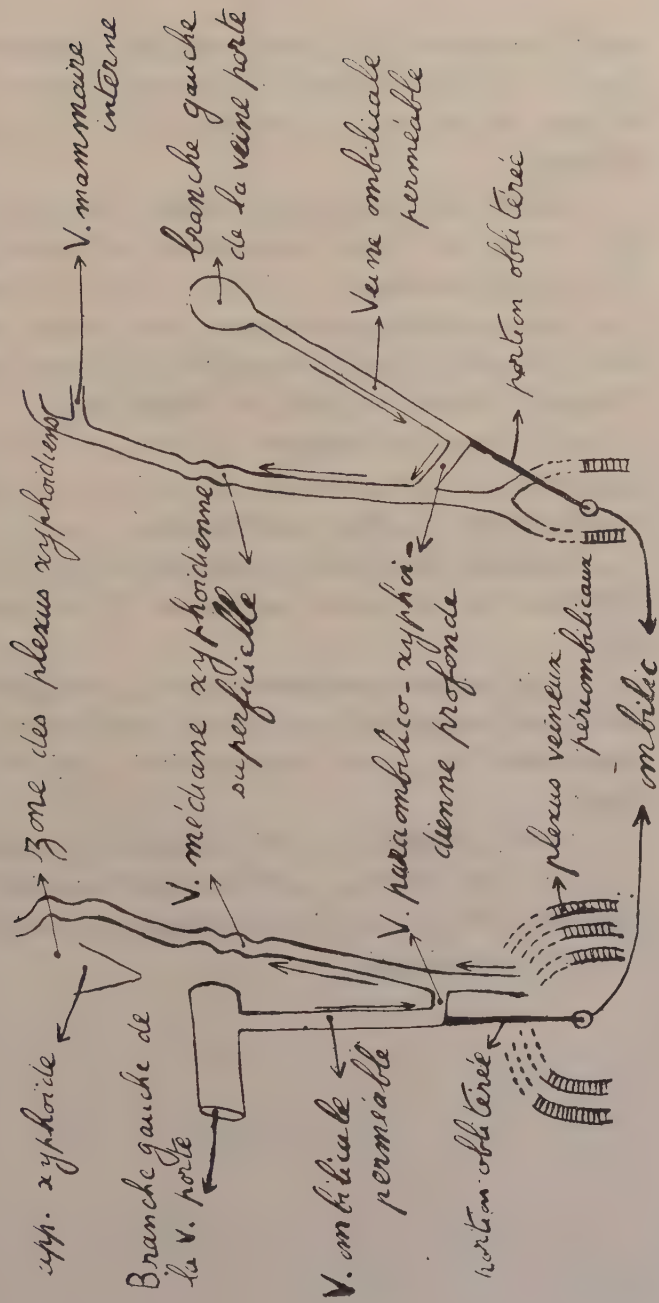
En résumé, nous avons assisté à l'évolution d'une cirrhose ictérigène avec gros foie et grosse rate d'abord, puis dans un second stade, diminution du volume du foie et apparition d'une ascite très abondante en même temps qu'apparaissent la circulation collatérale avec ses signes particuliers.

Cette observation, quoique assez rare, offrait donc cependant un signe particulier de plus: le bruit veineux caractéristique de la « forme clinique, dite cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten ».

L'autopsie nous permet de constater les raisons de ce bruit veineux: comme il fallait s'y attendre, nous trouvâmes une veine ombilicale perméable sur une grande partie de son trajet. Très dilatée, plus grosse qu'un crayon ordinaire, elle était perméable depuis son abouchement à la veine porte jusqu'à 2 cm. environ de l'ombilic. Là, d'une part elle présentait une anastomose avec les plexus péri-

Schéma de face

Schéma de profil



ombilicaux par la veine para-ombilicale xyphoïdienne profonde et la veine médiane xyphoïdienne superficielle, d'autre part son trajet se continuait par une partie fibreuse oblitérée.

Les plexus péri-ombilicaux étaient extrêmement développés, formant un réseau remarquable à la partie profonde de la paroi abdominale antérieure. Ils se distribuaient soit à la veine médiane xyphoïdienne superficielle, soit aux autres veines de la paroi abdominale (tégumentieuses), contribuant à former le réseau de suppléance.

Ainsi, on peut schématiser de la façon suivante ce qui se passait: Le sang cherche une voie de dérivation en dehors du foie: il reflue vers l'ombilic.

— Le sang reflue de la branche gauche de la veine porte hépatique par la portion perméable de la veine ombilicale.

— Cette portion s'anastomose avec la veine médiane xyphoïdienne superficielle où siège le bruit veineux, par l'intermédiaire de la veine para-ombilicale xyphoïdienne profonde.

— Cette anastomose se fait au-dessus de l'ombilic.

— La veine médiane xyphoïdienne superficielle reçoit aussi des affluents des plexus veineux péri-ombilicaux extrêmement développés.

CHAPITRE III

TABLEAU RECAPITULATIF DES OBSERVATIONS CONNUES

Obs. I. — PÉGOT-CRUEILHIER (1833) : Bressales Joseph, 48 ans. Bruissement sensible à l'ombilic; pré-cirrhose (éthylisme), tumeur variqueuse de l'ombilic (hernie traumatique).

Autopsie: Persistance de la veine ombilicale; foie petit, sans lésions de cirrhose, rate grosse (double du poids normal).

Obs. II. — BAMBERGER (1851) : Frémissement et murmure au niveau des veines flexueuses de l'ombilic et du sternum. Cirrhose.

Autopsie: Veine ombilicale perméable (diam. 16 mm.; longueur, 21 cm. depuis le sinus porte au rameau anastomotique venant des mammaires internes; de ce point à l'ombilic, la veine ombilicale avait un diam.: 1 mm. 5; long.: 10 cm.; d'après SAPPEY, c'est une veine accessoire, car il ne parle pas du ligament rond.

Obs. III. — BOUILLAUD-LEMAIRE (1859) : Venu Joseph, 43 ans. Bruit musical à la partie moyenne et inférieure du sternum; cirrhose; hypothèse: bruit cave avec toutes les réserves de BOUILLAUD.

Autopsie: Ne cherchèrent pas la veine ombilicale. Foie: 18×14 cm.; rate: 24×15 cm.; cœur, aorte, veines caves et porte: rien d'anormal. Lésions de cirrhose hépatique constatées au microscope.

Obs. IV. — TROUSSEAU-SAPPEY (1859): Femme âgée de 50 ans. Susurrus et frémissement sur les veines sous-cutanées abdominales dilatées; cirrhose.

Autopsie historique faite par SAPPEY: Il découvre la veine para-ombilicale (l'une des veines du 5^e système porte accessoire accompagnant le ligament rond).

Obs. V. — Hébert DAVIES (1863): Murmure continu épigastrique; à droite de la ligne médiane; à caractère ronflant.

Cirrhose hépatique.

Pas d'autopsie signalée.

Pathogénie: Il serait dû à un courant collatéral entre la veine porte et l'épigastrique.

Obs. VI. — GIACCOMINI (1873) de Turin: Femme âgée de 22 ans. Ni souffle, ni thrill signalés.

Pas d'ascite, mais splénomégalie.

Autopsie: Bel exemple de dilatation des veines para-ombilicales, nous dit CHARCOT, comme d'ailleurs dans les deux cas de MONNERET et de FRÉRICHs où l'ascite avait ainsi disparue. Foie granuleux. BIZZOZERO reconnut une obstruction des vaisseaux portes intra-hépatiques; caillot dans l'épiploon gastro-hépatique.

Obs. VII. — BAUMGARTEN (1877): Garçon de 17 ans. Ni souffle, ni frémissements signalés.

Splénomégalie: anémie prononcée; veines sous-cutanées

abdominales ectasiées; ascite; opération de Talma; l'ascite récidive aussitôt après.

Autopsie: Rate hypertrophiée (infarctus); foie cirrhotique avec atrophie du lobe gauche; veine ombilicale perméable communiquant avec l'épigastrique.

Obs. VIII. — PICCHINI (1890-91): Garçon de 16 ans. Thrill et bruit veineux épigastrique. Cirrhose.

Autopsie: Foie petit; grosse rate; ascite. La veine ombilicale persistait ici avec perméabilité.

Obs. IX. — BORDONI (1890): Frégioni G..., âgé de 41 ans. Frémissement et souffle épigastrique siégeant à 2 ou 3 cm. au-dessus de l'ombilic; augmentent à la pression délicate, disparaissent à la forte pression.

Hépatomégalie, splénomégalie légère; ascite, œdèmes des membres inférieurs, tête de méduse des veines sous-cutanées abdominales au voisinage de l'ombilic; glycosurie passagère; cirrhose à la suite de la malaria.

Pas d'autopsie signalée.

Obs. X. — J. AUDRY (1892): M. M... âgé de 50 ans. Bruit de souffle continu à renforcement systolique et expiratoire; très intense, il siège sur une vaste étendue entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic; on le perçoit affaibli sur la colonne vertébrale de D⁴ à L⁴; autres souffles continus au cou (frémissement) et sur les V. fémorales. Hépatomégalie considérable au cours d'un goitre exophtalmique ayant présenté des ictères intercurrents; mort par pneumonie.

Pas d'autopsie mentionnée.

Obs. XI. — VON JASCKSCH (1893): Bruit veineux épigastrique; cirrhose: foie et rate volumineux.

Autopsie: Anomalie au niveau de l'abouchement de la veine coronaire du ventricule (texte obscur).

« Il ne peut y avoir de doute que le murmure ne s'élevait de la veine coronaire du ventricule. »

Obs. XII. — VON JASCKSCH (1893): Bruit veineux épigastrique gauche: foie et rate volumineux.

Autopsie: Veine splénique grosse comme le petit doigt; dilatation de toutes les veines allant à la veine porte, ainsi que celles du petit épiploon et du ligamentum teres; peu différencié des autres bruits veineux. « le murmure s'élevait de la veine splénique ».

Obs. XIII. — ROLLESTON (): Homme de 43 ans. Murmure épigastrique; bruit de diable dans le cou; cirrhose confirmée.

Autopsie: « Le ligament rond contenait une veine étroitement serrée, large comme le petit doigt ». Il est établi que c'était une para-ombilicale.

Obs. XIV. — PIAZZA-MARTINI (1894): Léger murmure mou sur l'aire hépatique, spécialement dans l'aisselle droite, différent du murmure épigastrique.

Pas d'autopsie signalée.

Pathogénie: Constriction de la veine cave inférieure à la suite de déplacement ou de rotation du foie. (Le même auteur aurait trouvé un grondement veineux dans l'espace de Traube dans trois cas de tumeurs spléniques: celui-ci proviendrait de la veine coronaire stomachique).

Obs. XV. — TAYLOR (1895): Garçon de 20 ans, hérédosyphilitique. Bruit veineux épigastrique au cours de l'évolution de la maladie; cirrhose depuis l'âge de 6 ans: ascite, hématomésès.

Autopsie: Foie cirrhotique; grosse rate; l'auteur ne signale aucune recherche anatomique en vue d'établir la pathogénie du souffle.

Obs. XVI. — GAMBARATI (1903): Homme âgé de 45 ans. Bourdonnement veineux à renforcement diastolique; siégeant à la base de l'appendice xyphoïde, il disparaissait par constriction: comparé au mugissement du vent à travers un petit orifice. Foie petit; grosse rate; ascite; vieille pleurésie droite.

Pas d'autopsie signalée. Pathogénie: constriction de la V.C.I. par le sulcus d'un foie atrophié (cirrhose).

Obs. XVII. — CATTI (1903): Thrill; murmure fort; souffle veineux caractéristique sur la veine épigastrique tégumentouse et à sa gauche; cirrhose avec varices épigastriques.

Autopsie: Veines subpéritonéales élargies; ligamentum teres volumineux.

Pathogénie: Passage du sang des vaisseaux petits dans veines dilatées.

Obs. XVIII. — CATTI (1903): Homme de 51 ans. Bruit veineux fort au niveau de l'encoche xypho-sternale renforcé à l'inspiration; pas de thrill. Cirrhose atrophique, rate palpable et phlébectasies abdominales avec ascite (paracentèses).

Pas d'autopsie signalée.

Obs. XIX. — SCHEELE (1904): Homme de 45 ans. Thrill de la région ombilicale; bruit de diable à renforcement inspiratoire dans le décubitus dorsal; ictère, ascite, hépatomégalie. « Il n'y avait pas d'anomalie apparente dans le cœur et les gros vaisseaux ».

Pas d'autopsie signalée.

Obs. XX. — THAYER (1911): Médecin de 49 ans. Thrill et bruit de diable épigastrique plutôt xyphoïdien. Cirrhose (alcoolisme): foie et rate volumineux, hématomés, mœlena, glycosurie transitoire et légère.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Obs. XXI. — NIRO MASUDA (1911): Femme de 48 ans. Ni souffle, ni thrill; maladie de Banti et néphrite chronique: Tableau sanguin: Hématies, 1.800.000; leucocytes, 1.150.

Autopsie: Persistance et dilatation de la veine ombilicale, communiquant avec les hypo et épigastriques: phlébosclérose de la veine liénale; atrophie du foie (cirrhose légère); splénomégalie. Endophlébite de la veine cave et de l'hépatique.

Obs. XXII. — OETTINGER et MARIE (1911): Homme de 30 ans. Ni souffle ni thrill signalés: tumeur splénique, léger subictère, hématomés et mœlena; foie normal, pas d'ascite. Urobilinurie intense: maladie de Panti.

Autopsie: après décès consécutif à la splénectomie au cours de laquelle on observe la dilatation de la veine épigastrique et de celle du ligament rond.

Foie cirrhotique; rate volumineuse (fibroadénie); veine splénique dilatée.

Obs. XXIII. — HENRY (1912): W. T..., âgé de 70 ans, alcoolique. Pas de thrill; murmure continu sur l'ensiforme.

Autopsie: Sinus veineux adhérent au bord antérieur du foie, juste au-dessous du cartilage xyphoïde; foie petit; rate abaissée par adhérences; ensiforme perforé par veines communiquant avec un sinus rétro-xyphoïdien.

Pathogénie: Bruit veineux en provenance du sinus et transmis à travers les vaisseaux perforant l'ensiforme.

Obs. XXIV. — BENQUE (1912) : Jeune homme de 18 ans. Pas de souffle et de thrill signalés: maladie de Banti, splénomégalie, atrophie hépatique, ascite; symphyse cardio-péricardique.

Autopsie: Persistance de la veine ombilicale et communication de celle-ci avec l'iliaque interne.

Rate hypertrophiée par stase et non par fibro-adénie.

Obs. XXV. — EPPINGER et RANZI (1920) : Garçon de 15 ans. Frémissement sur veines ectasiées entre l'ombilic et le xyphoïde; pleurite droite, splénomégalie, anémie (épistaxis, œdèmes, hématomés, mœlena), foie dur, irrégulier, dépassant de trois travers de doigt le rebord costal.

Autopsie: Foie petit, cirrhotique; splénomégalie; veines ombilicale et épigastriques en communication, fortement dilatées; V.C.I. étranglée par le foie; veine splénique très dilatée.

Pathogénie: Compression par péritonite tuberculeuse ou par cirrhose.

Obs. XXVI. — EPPINGER et RANZI (1920) : Femme de 23 ans. Frémissement avec souffle synchrone au rythme cardiaque sur veine ectasiée entre ombilic et xyphoïde.

Diabète; ictère à partir de 6 ans et demi; meurt avec péritonite généralisée; auparavant, foie et rate gros, avec ascite et œdèmes.

Autopsie: Foie atrophique cirrhotique; dans le ligament rond, veine grosse comme le petit doigt; communication entre veines porte et épigastrique droite.

Obs. XXVII. — FLORAND (1922) : Homme de 28 ans. Souffle et frémissement à la palpation sur 2 pelotons variqueux;

le 1^{er} xyphoïdien, le 2^e de l'ombilic à l'arcade pubienne; splénomégalie (paludisme), ascite, œdèmes. Apparition d'une syphilis primaire: traitement.

Autopsie: 5 ans après le début: ligament rond perméable (1 cm. 5) de l'ombilic au hile hépatique; foie cirrhotique (1 kgr. 900), rate considérable (2 kgr. 200).

Obs. XXVIII. — HUBER (1922): Homme âgé de 45 ans. Souffle continu à renforcement systolique et frémissement depuis le bord inférieur d'une tumeur veineuse siégeant un peu à droite et au-dessus de l'ombilic. Paludisme et syphilis. Foie à peine hypertrophié; splénomégalie avec soufflé splénique.

Pas d'autopsie signalée.

Obs. XXIX. — HANGANUTZ (1922): Femme âgée de 53 ans. Frémissement et bruit de diable sur une veine ectasiée (petit doigt) allant de l'ombilic à l'appendice xyphoïde sur une longueur de 11 cm.; paludisme. Foie et rate volumineuse. B.-W. et Ménicke fortement +.

Pas d'autopsie signalée; c'est lui qui emploie le premier le terme « cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten ».

Obs. XXX. — AKIL MOUKTAR (1924): Mme A..., âgée de 50 ans. Souffle veineux avec frémissement intense à la palpation de la base du xyphoïde: ces deux phénomènes à renforcement systolique; ascite, œdèmes légers des membres; phlébectasies abdominales.

Autopsie: Foie (1.150 gr.) déformé par atrophie du lobe droit et hypertrophie du gauche. Rate: 1.000 gr. Veine porte: branche droite plus petite que la gauche; à la bifurcation des deux branches, phlébite adhésive.

Pathogénie: Souffle par rétrécissement pyléphlébitique.

Obs. XXXI. — VISINEANU (1927) : M. A. R..., âgé de 47 ans. Souffle et thrill au niveau d'un paquet variqueux entre le xyphoïde et l'ombilic. Atrophie hépatique, splénomégalie (paludisme).

Autopsie : Veine paraombilicale dilatée; réunie à 2 veines à courant ascendant vers V.C.S. et à 2 autres à courant descendant vers V.C.I.

Splénomégalie et foie petit.

Obs. XXXII. — CHABROL et BERNARD (1928) : Médecin. Souffle continu le long d'une varice allant de la saphène à l'ombilic. Phlébite iliaque secondaire; insuffisance hépatique contrôlée par le laboratoire.

Pas d'autopsie pratiquée : HUBER veut rapprocher ce cas de la cirrhose de C. B. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 13 janvier 1928).

Obs. XXXIII. — GALLAVARDIN, GRAVIER et PUIG (1928) : Bruit de rouet cave au tiers inférieur du sternum. Cirrhose hépatique.

Autopsie : Les recherches furent négatives; mais elles ne furent vraiment minutieuses qu'au niveau de la région des vaisseaux caves et des veines sus-hépatiques et non dans la région de la veine ombilicale et du système porte.

Obs. XXXIV. — KAUFMAN (1929) : M. Sult...ion, âgée de 30 ans. Thrill et bruit de diable sur une veine flexueuse allant de l'ombilic à l'appendice xyphoïde (maximum d'intensité en ce point); ces deux phénomènes à renforcement inspiratoire. Ictérique hémorragipare avec foie et rate volumineux, œdème des membres inférieurs, pas d'ascite.

Les auteurs roumains ont fait ici des recherches sur le sang portal et l'autre sang veineux.

Pas d'autopsie signalée.

Obs. XXXV. — PAGNIEZ et RIVOIRE (1929): M. P..., âgé de 34 ans. Bruit de diable à renforcement inspiratoire siégeant à l'appendice xyphoïde.

Splénomégalie avec leucopénie: maladie de Banti.

Pas d'autopsie signalée.

L'auteur n'est préoccupé ici que des indications opératoires en vue de la splénectomie devant empêcher le stade cirrhotique.

Obs. XXXVI. — LUPU et GINGOLD (1929): I. S..., âgé de 26 ans. Frémissement continu et bruit de moulin à renforcement systolique, perçus en 3 points: base du xyphoïde; milieu de la ligne ombilico-xyphoïdienne, et milieu de l'ombilico-pubienne. Paquet variqueux thoraco-abdominal sinueux: il part du milieu de la ligne ombilico-xyphoïdienne (photographie démonstrative mettant en relief la valeur de notre propre schéma).

Foie: 6 cm. sur la ligne mamelonnaire; rate percevable et palpable (32×17); subictère, hématoméses, hémorroïdes (hématies: 1.830.000; leucocytes: 1.500; hémoglobine, 36 %); urobiline appréciable.

Pas d'autopsie.

Obs. XXXVII. — Noël FIESSINGER et L. MICHAUX (1930): Mme O. M..., 51 ans. Thrill et souffle continu au-dessous et à gauche de l'ombilic. Foie et rate volumineux; circulation veineuse abdominale intense. Insuffisance hépatique contrôlée (fonction glycopescique, chromogogue, biliaire, uréogénique). Méiopragie capillaire.

Pas d'autopsie.

Obs. XXXVIII. Noël FILSSINGER et L. MICHAUX (1930) : M. A. I..., 59 ans. Souffle au-dessus et à gauche de l'ombilic. Cirrhose en évolution: foie et rate volumineux, subictère, hématoméses, mœléna, ascite (Maillard, 17 %).

Autopsie: Veine ombilicale perméable. Cirrhose annulaire du foie en voie d'atrophie.

En 3 ans, le souffle n'a varié ni dans son siège, ni dans son timbre.

Obs. XXXIX. J. GUASCH (1930) : J. M..., homme de 30 ans. Thrill très net à la palpation et à l'auscultation sur une tumeur veineuse apparue depuis 10 ans à l'ombilic et présentant 4 troncs divergents: 2 à courant vers en haut et 2 autres vers en bas.

Autopsie non pratiquée.

Splénomégalie notable (au-dessous de l'ombilic) avec rétractibilité à l'adrénaline. Insuffisance hépatique contrôlée (réaction de Hay positive; rose de Bengale, 6,01; hyperglycémie provoquée positive montant de 1 à 2 gr.; bilirubinémie, 3.90; urobilinurie positive).

Dès l'origine a présenté expectoration hémoptoïque, épistaxis, diarrhées sanglantes.

Obs. XXXX. — FIGUERIDO (A.) et de GONDRA (J.-M.) (1930) : J. T..., âgé de 67 ans, alcoolique. Tumeur veineuse ombilic à la suite de traumatisme violent. On perçoit « un continuo ruido de trompo » en auscultant la veine flexueuse qui va de l'ombilic au xyphoïde; frémissement à la palpation; ces deux phénomènes à renforcement inspiratoire. Ictérique; épistaxis, purpura, prurit intense; hēpato et splénomégalie. Insuffisance hépatique contrôlée (cholestérinémie : 2.49 ;

bilirulinémie, 1/5.000^e; hyperglycémie provoquée (50 gr.), montant de 0,700 à 1,78.

Autopsie: Rate 3 fois son volume normal; foie: 1.300 gr. avec lésions de cirrhose plus accentuées du lobe droit. Persistance de la perméabilité de la veine ombilicale, de calibre égal à celui de la veine porte et de ses deux rameaux.

Obs. XXXXI. PUIG et FONTANEL (1931): G... Raymonde, 35 ans. Bruit de rouet au niveau d'une veine allant de l'ombilic à l'appendice xyphoïde: grosse ectasie de la veine. Ictère, ascite abondante, foie petit et dur, rate volumineuse; hyperthermie (39°); hémorragies gingivales ensuite intestinale. Le bruit de rouet non accompagné de thrill siège à 5 cm. de l'appendice xyphoïde: il a un caractère musical. La veine médiane xyphoïdienne superficielle est très dilatée et bien apparente; par pression sur celle-ci le souffle disparaît.

Pas d'autopsie pratiquée dans ce cas de syndrome ictéro-ascitique (FIESSINGER et BRODIN) accompagné de bruit veineux épigastrique.

CLASSIFICATION DES 42 OBSERVATIONS

Disons ici qu'il nous a été impossible de retrouver les observations de VERCO en Australie et de MAMUELA (?) en Roumanie; de même une observation qui serait parue à Lyon aux environs de 1929, à la Société Médicale des Hôpitaux. Nous avons rejeté de propos délibéré le cas de BENIGNI cité par LABARRAQUE et celle publiée par CONN, en 1931, dans le *Monde Médical*: elles n'ont aucun lien sérieux avec le sujet.

Voici le résultat de nos recherches:

A) 11 cas de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten vérifiés nécropsiquement: PÉGOT-CRUEILHIER (I); BAMBERGER (II); TROUSSEAU-SAPPEY (IV); PICCHINI (VIII); ROLLESTON (XIII); EPPINGER et RANZI (XXV et XXVI); FLORAND (XXVII); VISINEANU (XXXI); FIESSINGER et MICHAUX (XXXVIII); FIGUERO Y DE GONDRA (XXXX); PUIG et GALIBERN (XXXXII).

B) 16 cas d'hépatites diverses avec bruit veineux, sans nécropsie: Obs. V, IX, X, XIV, XVI, XVIII, XIX, XX, XXVIII, XXIX, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXIX, XXXXI.

C) 7 cas où l'autopsie n'a pas tranché l'origine exacte du bruit: BOUILLAUD-LEMAIRE (III); Van JACKSCH (XI et XII); TAYLOR (XV); CATTI (XVII); HENRY (XXIII), GALLAVARDIN, GRAVIER et PUIG (XXXIII).

D) 2 cas de pyléphlébite avec murmure et thrill: AKIL MOUKTAR (XXX); CHABROL et BERNARD (XXXII).

E) 5 cas de simple constatation nécropsique de la perméabilité et dilatation du système ombilical: GIACCOMINI (VI), BAUMGARTEN (VII); NIRO MASUDA (XXI); OETTINGER et MARIE (XXII), et BENQUE (XXIV)

CHAPITRE IV

PREMIERE PARTIE

EMBRYOLOGIE DE LA VEINE OMBILICALE

Avant d'aller plus avant et de chercher les raisons d'être du « souffle de Cruveilhier-Trousseau », il nous paraît indispensable de donner un court aperçu d'embryologie de la veine ombilicale.

Les deux thèses parisiennes, celle de L. LABARRAQUE surtout, n'ont pas manqué de préciser complètement cette base anatomique de la question.

Veines vitellines et artère vitelline forment le système omphalo-mésentérique ou premier système vasculaire : il siège dans la splachnopleure qui revêt la vésicule ombilicale.

Mais l'apparition au huitième jour de l'allantoïde va remanier ce premier système pour en donner un deuxième qui sera celui de l'embryon.

L'allantoïde en se développant va à la rencontre de la somatopleure à laquelle elle se soude : des néoformations veineuses détachées de l'aire vasculaire du premier système vont s'établir et ainsi apparaissent les deux veines ombilicales. Celles-ci rampent dans le feuillet superficiel de

l'œuf ou somatopleure pour donner naissance aux villosités choriales dont elles draineront le sang lorsque le placenta sera complètement formé.

La circulation ombilicale ou fœtale a succédé désormais à la circulation omphalo-mésentérique ou embryonnaire. Durant cette évolution, le foie s'est développé dans le septum transversum et par suite de certaines atrophies et anastomoses intra-hépatiques, les veines ombilicales et les veines vitellines réunies au sinus de Cuvier vont être séparées dans leur connexion et leur trajet.

Entre les deux veines vitellines placées parallèlement sur les côtés du tube digestif, il s'établit un système anastomotique. C'est le sinus annulaire de His en forme de double cercle veineux disposé en 8 de chiffre. Les veines vitellines perdent leurs connexions d'avec les ombilicales pour donner un premier système porte intra-hépatique.

Les veines ombilicales, à leur tour, émettent des prolongements intra-hépatiques qui, au cours de l'atrophie de l'extrémité sus-hépatique de ces mêmes veines, permettent le passage nouveau du sang ombilical à travers le parenchyme hépatique vers la circulation générale.

Tandis que la veine ombilicale droite disparaît, la gauche persiste et il s'établit une anastomose à plein canal allant de la veine ombilicale gauche à l'anneau proximal du système des veines vitellines ; le quart inférieur gauche du même anneau proximal s'atrophie ainsi que toute la demi droite de l'anneau distal.

Seule la veine vitelline droite et le quart supérieur de la veine vitelline gauche persistent pour former la veine porte.

Entre temps, des anastomoses entre le système veineux sus-hépatique et le tronc « veine porte-veine ombilicale » s'établissent pour permettre un nouveau passage à plein

canal du sang du système porte-abdominal et du système porte-placentaire dans la circulation générale : ainsi apparaîtrait le canal d'Arantius qui s'oblitére après la naissance pour donner un cordon fibreux situé dans le sillon du même nom, à la face postérieure du foie.

Chez le nouveau-né, après la ligature du cordon, la veine ombilicale, dit BAUMGARTEN, s'oblitére vers la 6^e à 8^e semaine ; mais la portion hépatique de cette veine comme l'ont montré SAPPEY, ROBIN, BAUMGARTEN, reste non oblitérée sur un certain nombre de centimètres (6 à 10 pour BAUMGARTEN ; 1 à 4 pour SAPPEY et ROBIN).

CRUVEILHIER, dans son traité d'anatomie pathologique générale, au paragraphe de l'oblitération des veines, avait signalé avant BAUMGARTEN cette perméabilité de la veine ombilicale : « Quelquefois, cependant, disait-il, l'oblitération de la veine ombilicale se fait en partie par caillots sanguins adhérents. Mais si par une disposition anatomique quelconque le sang continue à aborder la veine ombilicale, l'oblitération n'a pas lieu. Tel est le cas que j'ai publié ailleurs. Dans cette observation si remarquable, la veine ombilicale, qui communique largement avec les veines sous-cutanées abdominales énormément dilatées, présente à peu de chose près le même calibre qu'elle offre chez le fœtus ».

Plus loin : « J'ajouterai qu'il n'est pas impossible que la veine ombilicale oblitérée ne redevienne perméable sous l'influence d'un obstacle à la circulation dans les vaisseaux avec lesquels cette veine ombilicale est en communication, c'est-à-dire dans la veine porte, lorsqu'elle y est sollicitée par l'abord du sang ».

Ainsi se trouve tracé par cet auteur le cadre de l'hypertension portale par obstacle du cours veineux porte à travers un foie lésé et le reflux de ce même sang par les voies de suppléance si bien décrites par SAPPEY et qui constituent

les cinq systèmes portes accessoires reliant la circulation portale à celle des veines caves.

DEUXIEME PARTIE

ANATOMIE DU RÉSEAU VEINEUX PORTO-ABDOMINAL

Où passera le sang qui chez le fœtus va de l'ombilic au foie et chez l'adulte atteint de cirrhose hépatique suit le trajet inverse ? C'est ce que nous allons envisager en exposant brièvement l'anatomie des veines de la paroi thoraco-abdominale.

Voici les faits succinctement décrits :

A l'état normal l'ombilic demeure encore chez l'adulte un centre vasculaire d'où rayonnent deux systèmes veineux principaux l'un superficiel, sous-cutané, l'autre profond sous-musculaire ; un système moyen moins évident et intramusculaire sert de connexion entre les deux.

Tout cet ensemble est relié à la veine porte soit par la veine ombilicale non oblitérée sur la majeure portion de son trajet, soit si elle est oblitérée par les veines para-ombilicales de SAPPEY ; soit si l'oblitération a affecté la majeure portion du trajet par des veinules du type Burow aboutissant au « restkanal de BAUMGARTEN » ; en dernier lieu, la centre-ombilicale de WERTHEIMER, ou veine néo-formée à l'intérieur du cordon, peut également assurer ce passage du sang portal vers l'ombilic.

Nous allons envisager non pas seulement comme GRÉGOIRE la circulation veineuse abdominale, mais l'ensemble veineux thoraco-abdominal si bien décrit par VILLARET. En effet, les phlébectasies ne restent pas dans les lésions porto-hépatiques, uniquement cantonnées à l'abdomen ; elles se poursuivent aussi sur le thorax.

plus importante du réseau pariétal sous-cutané; partie du centre ombilical, unique et médiane, elle se dirige verticalement en haut pour s'aboucher, à travers la paroi, avec les veines mammaires externes et para-ombilicale xyphoïdienne profonde et sur la face antérieure du sternum avec les plexus xyphoïdiens ». (VILLARET.)

Cette systématisation en deux plans se complique d'une division en deux territoires:

— le supérieur ou sus-ombilical en rapport avec la veine cave supérieure par les veines mammaires, intercostales, diaphragmatiques et axillaires;

— l'inférieur ou sous-ombilical qui va se jeter dans la veine cave inférieure par l'intermédiaire des veines épigastriques, saphènes et fémorales.

En cas d'obstacles siégeant au niveau des veines caves ou de la veine porte, nous aurons les quatre types principaux de phlébectasies suivants:

Le type cave supérieur par gêne au niveau de V. C. S.: il est à circulation de haut en bas à travers les plexus thoraciques dilatés et les veines thoraco-épigastriques longues superficielles subissant le même processus. Nous n'avons pas à insister sur ce type étranger aux cas qui nous concernent.

Le type cave inférieur (rare à l'état pur) par gêne au niveau de V. C. I. à la suite d'adhérences ou de compression hépatique: la circulation a lieu de bas en haut le long des veines de l'abdomen (sous-cutanées).

La dilatation commence au niveau de ces veines appelées encore tégumentueuses et se poursuit sur les thoraco-hypogastriques longues superficielles et les mammaires externes: le sang veineux reflue ainsi du système cave inférieur vers le système cave supérieur; la veine médiane xyphoï-

dienne superficielle reste peu dilatée à l'encontre du mode suivant.

Le type porte pur par gêne au niveau de l'abouchement intra-hépatique de la veine porte (tumeur du foie, pylé-phlébite, etc...) : la circulation se fait ici de la profondeur à la surface, à travers le système ombilical ou para-ombilical; elle se poursuit suivant les cas soit de bas en haut à travers la médiane xyphoïdienne superficielle (néoplasme), soit simultanément, en rayon de roue, vers en haut par cette même veine et vers en bas par les tégumentеuses dilatées. Ici la veine médiane xyphoïdienne superficielle fortement dilatée se présente sous forme de flexuosités saillantes allant de l'ombilic au sternum; faciles à écraser par la pression, c'est à leur niveau qu'on perçoit le plus fréquemment le thrill et bruit veineux épigastriques; on peut aussi retrouver ces deux signes sur les flexuosités des tégumentеuses au-dessous de l'ombilic.

Le type mixte porto-cave est le plus fréquent; observé au cours de la cirrhose, il participe des caractères des deux précédents. Provoqué par la gêne simultanée au niveau des veines porte et cave inférieure, il est à circulation de bas en haut par les tégumentеuses fortement dilatées et de la profondeur à la surface par les veines para-ombilicale xyphoïdienne profonde et médiane xyphoïdienne superficielles ectasiées. Il y a généralement ici de l'ascite et des œdèmes aux membres inférieurs: toutes les veines de la paroi sont dilatées.

En résumé, au cours de la « cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten », on a les trois éventualités suivantes:

- 1° Type porte pur avec une seule veine ectasiée ascendante;

2° Type porte pur avec plusieurs veines ectasiées ascendantes et descendantes;

3° Type porto-cave à circulation ascendante.

Dans les deux premiers, les ectasies partent de l'ombilic; dans le troisième, le départ se fait aux plis inguinaux.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE

L'étiologie des affections qui s'accompagnent du signe de « Cruveilhier-Trousseau » est des plus diverses. Léonce LABARRAQUE disait déjà en 1923 dans les conclusions de sa thèse « au point de vue étiologique ce type anatomo-clinique relève comme du reste les autres variétés de cirrhose de facteurs multiples souvent associés d'où il ne se dégage aucune notion précise de spécificité étiologique ».

En 1930, Noël FIESSINGER et L. MICHAUX ajoutaient « la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten n'a pas d'individualité étiologique ».

Tableaux cliniques. — Cirrhose: type de LAENNEC:

Obs.: I, II, III (?), IV, V, VI (?), VII, VIII, IX, XI, XIII, XIV (?), XV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXIII, XXV, XXVII, XXXI, XXXIII, XXXVI, XXXVIII, XXXIX.

Hépatomégalie et splénomégalie isolées sans ascite:
Obs.: XII, XXVIII, XXIX, XXXVII.

Cirrhose: type de HANOT: Obs. X (?), XXVI, XXXIV, XXXX, XXXXII.

Syndrome ictéro-ascitique de BRODIN: Obs. XIX, XXXXI.

Maladie de BANTI: Obs. XXI, XXII, XXIV, XXXV.

Pyléphlébite: Obs. XXX, XXXII.

Phlébosclérose splénique: Obs. XXI (?).

Etiologies:

Diabète: XXVI.

Alcoolisme: I, XX, XXIII, XXXX, XXXXII.

Syphilis: XV, XXVII, XXXVII, XXXIX.

Paludisme: IX, XXVII, XXXVIII, XXIX, XXXI.

On remarquera la place énorme que tient dans ce tableau la cirrhose hépatique du type LAENNEC, malgré les cas douteux qui s'y rattachent probablement et où l'on a mentionné une hépatomégalie et une splénomégalie isolées sans qu'il ait été donné d'autres précisions.

Comme l'agent causal n'est pas en général cité, surtout dans les observations anciennes dont nous n'avons pas pu avoir toujours les textes originaux, il est fort probable que l'alcoolisme comme dans les cas banaux de cirrhose joue ici le plus grand rôle.

Notons l'influence notable du paludisme pour certains auteurs, en particulier Roumains.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC DU BRUIT VEINEUX EPIGASTRIQUE

PREMIERE PARTIE

Il doit se faire sur 3 points principaux: le siège, le caractère et la propagation.

1° Le siège :

A l'ombilic sur les varicosités saillantes formant une tumeur (varicomphale). Obs. I, XXXIX et XXXX; dans ces 3 cas, il y eut un traumatisme violent à ce niveau.

A l'épigastre : Obs. IV, VIII, IX, X, XI, XIII, XV, XIX, XXV, XXVI, XXIX, XXIII, XXX, XXXIV, XXXX.

A droite de la ligne médiane dans la même région : Obs. V, XIV (cas spécial), XXVIII.

A gauche de cette même ligne : Obs. XII (cas spécial), XVII, XXXVIII.

Au cartilage xyphoïde : Obs. II, III, XVI, XVIII, XX.

Au-dessous de l'ombilic sur une veine descendante : XXXI, XXXIII, XXXV, XXXXI, XXXXII.

Obs. XXXII XXXVII.

Au-dessus et au-dessous de l'ombilic simultanément sur les veines ascendantes et descendantes : Obs. XXVII, XXXVI.

On voit combien le siège du souffle est variable ; mais sa plus grande fréquence est dans l'épigastre, un peu au-dessous du cartilage xyphoïde.

2° *Le caractère :*

Il est non moins variable; pour les uns doux comme un murmure, pour les autres, violent, il a donné lieu aux comparaisons suivantes:

Susurrus de TROUSSEAU.

Bruit musical de BOUILLAUD.

Bruit de harpe éolienne.

» de diable.

» de machine à battre (VON JASCKSCH).

» de moulin (LUPU et GINGOLD).

» de chute d'eau (VERSTRAETEN).

» de rouet (GALLAVARDIN).

» d'un vent violent au travers d'un orifice étroit et dont les variations dans l'intensité du murmure rappelait une des bouffées irrégulières et berceuses d'un tel vent (GAMBARATI).

Ce murmure veineux est en général à renforcement inspiratoire et diastolique malgré que certains aient vu juste l'inverse. Il est généralement continu.

Le thrill que l'on décèle à la palpation est perçu suivant le degré d'intensité du souffle; il n'a pu être isolé à l'état pur dans aucun cas cité.

3° *La propagation :*

Elle se fait le long des veines ectasiées où il prend naissance: vers le sternum en remontant jusqu'à son tiers inférieur dans les cas où la veine médiane xyphoïdienne superficielle est nettement isolée, vers les plis inguinaux dans les rares cas de veines descendantes. Il naît et meurt presque sur place, n'allant jamais se propager dans le sens latéral.

DEUXIEME PARTIE

DE QUOI DOIT-ON LE DISTINGUER ?

Après avoir caractérisé le bruit veineux épigastrique, au cours des affections hépatiques ou non, qui provoquent l'hypertension portale, il est nécessaire d'écarter tous les autres bruits naissant dans le voisinage.

1° Le roulement diastolique du rétrécissement mitral :

Il siège à la pointe ; ce n'est pas un murmure continu, puisqu'il est perçu durant le diastole ; d'autre part, il se propage vers l'aisselle gauche. Souvent, il est accompagné du souffle présystolique, du dédoublement du 2^e bruit et du frémissement cataire. Ce dernier signe, traduit à la palpation, diffère du thrill accompagnant le bruit veineux épigastrique, par son siège (pointe du cœur) et par son renforcement présystolique.

Les autres caractères cliniques et radiologiques du rétrécissement mitral viennent confirmer le diagnostic.

2° Le souffle diastolique de l'insuffisance aortique :

C'est au cours de la recherche de ce souffle le long du bord gauche du sternum, suivant la méthode de DEVIC que l'on pourrait faire l'erreur : confusion avec le bruit veineux paraxyphoïdien de Cruveilhier-Trousseau. Mais ce dernier siège sur une veine flexueuse au tiers inférieur du sternum ; le souffle diastolique, lui, prend naissance au 3^e espace intercostal gauche et se propage jusqu'à la pointe de l'appendice xyphoïde ; alors que le siège peut prêter à confusion, leur caractère est nettement différencié. Doux, moelleux, aspiratif, uniquement diastolique, le premier ne peut faire hésiter avec le murmure veineux, continu, compara-

ble à écoulement rapide de liquide. Les autres signes (choc en dôme de BARD, pouls bondissant, danse des artères, double souffle crural de DUROZIEZ, hypotension diastolique) ajoutés à l'image radiologique, finissent de donner la certitude sur la nature de l'affection en cause.

3° Les anévrysmes artérioso-veineux (THURNAM) : Ici, le murmure est continu et à caractère de bruissement fort; mais le renforcement en est systolique; de même pour le thrill qui l'accompagne. Pouvant siéger sur la veine cave inférieure et l'aorte, ils se traduisent par des signes généraux intenses et un abaissement de la tension diastolique avec élévation de la tension systolique.

TROISIEME PARTIE

OU PREND-IL NAISSANCE ?

1° *La veine cave inférieure :*

Mais les bruits caves sont à renforcement expiratoire et de faible intensité; siégeant plutôt à droite, ils s'entendraient sur une aire épigastrique plus étendue que celle du bruit veineux des veines sous-cutanées abdominales.

Les Obs. III, XVI et XXXIII ne sont pas pleinement démonstratives à ce sujet.

Les auteurs qui ont admis cette éventualité, sans d'ailleurs, pouvoir entraîner une conviction absolue, sont : CIEJKA (1850), LEMAIRE (1859), HAMMERNICK (1853), HEYNSIUS, EICHORST, AUDRY (1892), VERSTRAETEN (1894), PIAZZA-MARTINI (1894), GALLAVARDIN (1928).

L'influence de l'anémie serait telle sur ces souffles, que divers auteurs, tel AUDRY, en 1892, les considèrent comme des souffles anémiques; ce dernier, dans 10 cas sur 40 obser-

vations d'anémie, aurait décelé un pareil souffle à l'épigastre.

2° *La veine porte* lorsqu'elle est accessible, d'après RÆSER (1862).

3° *La veine splénique*:

Les souffles spléniques, bien connus au cours de certaines splénomégalias, sont situés plutôt à gauche de l'épigastre; ils sont à renforcement systolique. Obs. XII et XXVIII.

4° *La veine coronaire stomachique*, d'après PIAZZA-MARTINI dans 3 cas de tumeurs spléniques, aurait donné un bruit veineux siégeant dans l'espace de Traube.

5° *Les veines œsophagiennes* (DUROZIEZ).

6° *La veine coronaire du ventricule* (VON JACKSCH), Obs. XI.

7° *Les veines de la paroi abdominale*:

Par ordre de fréquence, comme c'était le cas pour notre malade et la plupart de ceux des autres observations:

a) *la veine médiane xyphoïdienne superficielle*. Tortueuse, elle part au-dessus de l'ombilic, s'abouche au tiers inférieur du sternum avec les veines mammaires internes;

b) *les tégumenteuses* (sous-cutanées abdominales interne, moyenne, externe de Sappey): elles vont de l'ombilic aux creux inguinaux;

c) *les épigastriques* inférieures et supérieures;

d) *la para-ombilicale xyphoïdienne profonde* peut aussi être le siège du bruit veineux: la compression contre le bord du sternum, de la veine superficielle à laquelle elle aboutit, fait disparaître le bruit veineux, mais arrête aussi la circulation profonde. Cela permet d'admettre qu'il peut naître en profondeur un bruit veineux.

CHAPITRE VII

PATHOGENIE

Nous n'envisagerons que la pathogénie du souffle seul, n'examinant pas ici celle des formes anatomo-cliniques accompagnant ce bruit veineux. Signalons à ce sujet que l'hypoplasie hépatique congénitale liée à une circulation intense porto-ombilicale, reste encore à démontrer. C'est une théorie très en faveur dans les gros traités classiques récents; elle est empruntée à la thèse de LABARRAQUE.

La pathogénie des souffles épigastriques accompagnant une dérivation intense de la circulation porte vers les plans superficiels ou profonds de la paroi est, comme nous allons le voir, assez contradictoire. Nous sommes ici dans le domaine de l'hypothèse et de la théorie.

Tout d'abord, il paraît nécessaire d'écarter les bruits d'origine splénique, coronaire, porte, ou en provenance de la coronaire stomachique, d'une veine œsophagienne ou d'un anévrysme artérioso-veineux. Sans pouvoir infirmer d'une façon absolue les affirmations de ceux qui les ont décrits, il nous semble aujourd'hui possible de les envisager, comme nous l'avons fait pour le diagnostic différentiel, avec les plus grandes réserves, le souffle splénique mis à part.

1° Théorie de la veine vibrante par passage du sang d'un conduit large dans un plus petit et vice-versa.

Evidemment, c'est celle qui convient le mieux à la majorité des cas, et au nôtre en particulier, où nous avons les veines sous-cutanées abdominales (tégumentueuses) fortement dilatées. Le changement de calibre veineux peut se faire en divers endroits en particulier au point de jonction des veines para-ombilicale-xyphoïdienne profonde et médiane-xyphoïdienne superficielle au travers de la paroi abdominale qu'elles perforent en s'anastomosant. L'abouchement au tiers inférieur du xyphoïde de la veine médiane xyphoïdienne superficielle et de la mammaire interne est également marqué par une différence de calibre.

Enfin, dans la profondeur, le même changement de calibre peut s'observer tout le long du trajet porto-ombilical.

2° La théorie des rétrécissements par éperons fut développée par CRUVEILHIER :

La veine ectasiée et tortueuse présentait de nombreuses condures formant autant d'éperons fibreux qui rétrécissaient la lumière du canal : c'est à ce niveau que buttait l'ondée sanguine et qu'elle entraînait en vibration.

Notons que dans les observations où il y avait une phlébite de la veine porte et de ses deux troncs, un pareil fait pouvait se produire par suite de l'interposition du ou des thrombus. Mais rien n'empêche aussi d'envisager la première théorie, vue l'énorme dilatation des tégumentueuses pour les deux cas.

3° La perforation de l'ensiforme par une veinule reliant les plexus anté et rétro-xyphoïdien (veines transverses xyphoïdiennes de Braune), a paru enthousiasmé HENRY plus fortement que FLORAND qui a trouvé, lui aussi, un cas analogue à l'autopsie.

Dans ces deux cas, les auteurs étaient en présence d'une

plexus inextricable, en arrière du cartilage xyphoïde. Il n'est pas impossible qu'à travers un passage resserré au travers d'un cartilage, le sang entre en vibration.

4° La théorie des bruits caves longtemps défendue à Lyon, puisque nous la retrouvons successivement chez AUDRY et chez GALLAVARDIN, est assez séduisante; certains auteurs étrangers ont fait intervenir pour l'expliquer, soit l'écrasement de la veine cave inférieure dans le sulcus postérieur du foie atteint de cirrhose, soit sa torsion par déplacement et changement de volume de l'organe.

Enfin, la manœuvre de FRIEDREICH par compression progressive du creux épigastrique chez les sujets à paroi relâchée pourrait amener suivant cet auteur la production d'un murmure veineux venant de la V.C.I.

5° La théorie des souffles anémiques, telle que l'a défendue AUDRY avec de fortes preuves à l'appui, est tout à fait admissible dans beaucoup de cas où les hémorragies répétées avaient modifié la constitution physico-chimique du sang : d'ailleurs, ces altérations de la crase sanguine sont confirmées dans certaines observations par les recherches de laboratoire (numération globulaire, résistance globulaire, valeur globulaire, etc...).

CONCLUSIONS

- 1° Un syndrome à part, conditionné par la persistance de la perméabilité de la veine ombilicale, ne peut être créé ; cette persistance subsiste partiellement chez le sujet sain ; seule une circulation veineuse intense, à travers le système ombilical ou para-ombilical, peut provoquer l'apparition d'un souffle et d'un thrill épigastrique.
- 2° *A fortiori*, un type spécial de cirrhose ne peut être envisagé ; en effet, comme l'a déjà dit FIESSINGER : « Il ne s'agit que d'une disposition anatomique spéciale, mise en évidence par les troubles de tension du système porte quelle que soit leur cause hépatosplénique ».
- 3° Si momentanément, il peut y avoir amélioration du syndrome d'hypertension portale grâce à la large dérivation nouvelle, l'évolution n'en a pas moins lieu le plus souvent vers la cachexie et la mort, contrairement à ce que l'on avance jusqu'ici dans les traités de pathologie récents.
- 4° De même, les hémorragies (épistaxis, hématomèses, mœléna, diarrhées sanglantes, crachats hémoptoi-

ques), ne sont pas exceptionnelles à l'encontre de ce qu'ont avancé LABARRAQUE et HUBER. Tout au contraire, liées à l'insuffisance hépatique, elles témoignent de l'état de gravité des lésions.

5° Nous pouvons affirmer, mises à part les observations de PÉGOT et de FIGUERIDO qui sont d'une interprétation délicate, que le bout distal de la veine ombilicale n'est jamais perméable.

6° Nous terminons en disant combien il serait intéressant au cours des bruits veineux épigastriques de pratiquer les autopsies après injections des tégumentouses et en menant les incisions de façon à respecter tout le réseau péri-ombilical ainsi que tout le système porto-abdominal.

BIBLIOGRAPHIE

- AKIL MOUKTAR. — Souffle continu xyphoïdien au cours d'une pylé-
phébite. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 11 avril 1924.)
- AUBERTIN KINDBERG. — Pathologie de la rate *in* Roger, Widal et
Tessier.
- AUDRY. — Note sur les souffles veineux continus de la région sus-
ombilicale, *Lyon Médical*, LXX, pp. 359 à 391, 1892.
- ARANTI. — *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1888, 7.
- BAMBERGER. — Beobachtungen über den venen puls *in* Wurzb. *Med.*
Zeitschr., t. IV, 1863, p. 232.
- Beobachtungen aus der medizinischen Klinik. (*Schmidt's*
Jahrbuecher für gesamt Medicin., Leipzig, 1850, in-4°,
t. LXVIII, p. 117.)
- Granulierte Leber (*Schmidt's Jahrbuecher der Gesamnt Medi-*
zin., Leipzig, 1851, in-4°, t. LXXII, pp. 196, 197.)
- BANTI. — Splenomegalie mit Lebercirrhose. (*Zieghers*, 1888.)
- BARIE. — Traité des maladies du cœur.
- BARTH et ROGER. — Traité pratique d'auscultation.
- BAUMGARTEN. — Ueber das offenblieben fötaler gefässe (*Central-*
blatt für Medizin, 1877.)
- Ueber das Nabelvene des Menschen Arbeiten von Tübingen
(1891).
- Ueber das Nabelvene des Menschen und ihre Bedeutung
für circulationstörung bei Lebercirrhose (*Tübingen*, 1890;
1.)
- Ueber Vollständiges offenbleiben der vena umbilicalis zu-
gleich ein Beitrag zur Morbus Banti (Baumgartens Arbei-
ten, 1908, 6.)
- BENIGNI. — Persistencia della vena ombilicale nello adulto. (*Gaz.*
ospid. Milano, 1904.)
- BENQUE (W.). — Ein all van Persistenz der Vena umbilicalis mit
anderen Anomalien, unter dem Bilde des Morbus Banti,
(*Wien. Klin. Wochenschr.*, 3 mars 1912, 33, 1249.)
- BOCK. — Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Leipzig. 1852.
in-8°, p. 631.

BORDONI (L.). — Di una anastomosi fra la vene epigastrica e l'ombilicale nel feto umano. (*Atti della Soc. di Scienze Naturali di Pisa*, 1885.)

— Nota clinica su di un caso di cirrosi epatica malarica. Considerazioni sul soffio venoso epigastrico. (*Lo Sperimentale* n° 21, 15 nov. 1891.)

BRATIANO (S.), VISINEANU (N.) et SALOMON. — Le syndrome (cirrhose) de Cruveilhier Baumgarten. (*Ann. d'An. path.*, 3929.)

BRAUNE. — Das Venensystem des Menschlichen Körpers, in-8°, Leipzig, 1884 (Veit), 63.

BRUGSH (T.). — Erkrankungen der Leber in Kraus-Brugsck, Spez. Path. u. Ther. innerer Krankh., 1922.

BUROW. — Beitrag zur gefasslehre der Fœtus. (*Arch. für Anat. und physiol. von J. Müller*, Berlin, 1838, in-8°, p. 44, pl. 1, fig. 1 e, f, g.)

CATTI. — Ueber Venengeräusche bei der interstitiellen Hepatitis. *Ztschr. f. Klin. Med.*, Berlin, 1907, LXI, 269.

CEJKA. — Beobachtungen über das Nonnengeräusch. *Prägen Vrtljhrschr.*, 1850, VII, Jhrg, II (xxvi), *Ergänzungs obl.* 13, 14, 15, S. 1.

CHABROL (F.) et BERNARD (H.). — Splénomégalie par pyléthrombose. (*Bull. et Mémoire Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1928, 13 janvier).

CHAUFFARD. — Des hépatites d'origine splénique. (*Semaine Médicale* du 24 mai 1929.)

CHAUFFARD et CASTAIGNE. — Lésions expérimentales du foie d'origine splénomégalique. (*Arch. de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mai 1901.)

CHARCOT (J.-M.). — Leçons sur les maladies du foie et des reins. Paris, 1877. Publications du *Progrès Médical*, pp. 232-241.

CHIARI. — Ueber Morbus Banti. (*Praeger Med. Woschensch.*, 1902, 4).

CONN. — Un cas de maladie de Cruveilhier-Baumgarten. (*Le Monde Médical*, n° 798, 1^{er} octobre 1931.)

CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique générale, T. II, VIII^e classe, 3^e ordre, p. 315.

— Anat. path. du corps humain, I, liv. 16, 6.

DAMBOVICEANU, BRATIANU et VISINEANU. — Recherches sur le sang portal humain. (*C. R. Soc. biol.*, 16 févr. 1928.)

DEBOVE, ACHARD, CASTAIGNE. — Manuel des maladies du foie et des voies biliaires, 1910.

DECHAMBRE. — Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales 1881, 3^e série, T. x, article souffle, p. 581.

DÉVÉ. — Splénomégalie chronique d'origine pyléthrombotique. (*Archives des maladies du cœur*, Vaquez, 1916.)

DUVERNEY. — Œuvres anatomiques. Paris, 1761, in-4°, t. II, p. 138.

EICHORST. — Traité de diagnostic med., trad. par Marfan et Weiss,

- EPPINGER et RANZI. Die hepatolienalen Erkrankungen, Berlin, 1920. (Springer, ed.).
- FALTAUF. — Der Mangel der ductus venosus Aranti. (*Wien. Klin. Wochens.*, 1888, 7.)
- FIESSINGER (Noël) et BRODIN (Paul). — Le syndrome ictéro-ascitique des hépatites scléreuses. (*Presse Médicale*, n° 12, 6 février 1924).
- FIESSINGER (N.) et MICHAUX (L.). — A propos de la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. Deux cas nouveaux. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 24 janvier 1930.)
- Idem. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 13, 12 février 1930.)
- FIESSINGER (N.). — Foie et pancréas dans la collection Sergent. (Traité de pathologie médicale et thérapeutique): Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten, pp. 249 et 250.
- FIGUERIDO (Alvaro) y de GONDRA (José Maria). — Cirrosis de Cruveilhier-Baumgarten. (Archivos de Ap. Digestivo. Mayo, 1930.)
- Cirrosis de Cruveilhier-Baumgarten. (Arch. de Med., Cir. y Espec. Tome XI, n° 8-22, II, 1930, p. 1907.)
- FLORAND (Antoine). — Souffle continu xyphoïdien et sous-ombilical d'origine veineuse chez un cirrhotique. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 20 octobre 1922.)
- Souffle continu au niveau de l'appendice xyphoïde. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 6 juillet 1917.)
- FONTANEL et PUIG. — Le souffle veineux paraxyphoïdien et la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. (Les bonnes formules, février 1931.)
- FRIEDREICH. — Beiträge zur physikalischen. Untersuchung der Blutegefäße. (*Deut. Arch. f. Klin. Med.* 1881, xxix, 256.)
- GALLAVARDIN, GRAVIER et PUIG. — Bruit musical continu chez un cirrhotique. Bruit de rouet cave. (Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 20 mars 1928.)
- Idem. in *Lyon Médical*, 16 septembre 1928.
- GAMBARATI (V.). — Sopra un caso di soffio venoso udibile sull'ala area epatica in individuo affetta da cirrosi epatica volgare. *Riforma med.*, Roma, 1903, xix, 153-156.
- GINGOLD (Nador). — Consideratiuni asupra sindromului Cruveilhier-Baumgarten. Teza pentru Doctorat, Bucuresti, 17 decembrie, 1929.
- GRÉGOIRE (R.). — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen de la région sous-thoracique de l'abdomen (1922, pp. 71 à 76: Veines de la paroi abdominale).
- GUASCH (Jordi). — Presentació d'un malalt amb sindroma de Cruveilhier-Baumgarten. Comunicacio presentada à l'Aca-

demia i Laboratori de Ciències mèdiques de Catalunya en la sessió del dia 23 d'octubre del 1929.

— *Idem*. Publicat a *Annals de Medecina*, any xxiv, febrer 1930, n° 12.

HALLER. — *Elementa physiologiae*. Lugduni Batavorum, 1764, in-4°, t. vi, 483-484 et t. viii, p. 221.

HAMMERNICK. — Ueber einige vierhältnisse der Vorhöfe und Kammern des Herzens, und über den Einfluss der Contractionskraft des Herzens und der Respirations Beuegungen auf den Circulations apparat; *Präger Vrtljhrschr.*, 1853, 10 Jahrg, III (xxix), 32.

HANGANUTZ (Marius). — Sur la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. (*Presse Médicale*, n° 68; 20 août 1922, et *Cluj Médicale*).

HATIEGAN. — *Sifilisul visceral medical*, edit. Cluj, 1926.

HENRY. — Report of a case of hard venous hum heard over the xiphoid cartilage in cirrhosis of the liver. Autopsy by Henry J. N. (*American Journal of the medical Sciences*: January, 1912).

HOFMAN. — Vereins-Berichte. Medizinische Gesellschaft in Basel *Correspondenzbl. f. d. Schweizer Aerzte*; 1872, II, 65.

HUBER (J.), ROUTIER (D.) et WOLF (M.). — Deux cas de souffles continus au niveau des dilatations veineuses de la paroi abdominale. (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 15, mai 1922.)

HUBER (J.). — Deux cas de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 30, 3 novembre 1922).

— La cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. (*Progrès Médical*, n° 14; 29 octobre 1927; p. 1.285.)

VON JACKSCH. — Ueber ein intra-abdominales venensgeräusch in verlaufe der chronischen Interstitiellen Leberentzündung. *Prägen med. Woch.* 1895, xx, 13-14. Kasuistische Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe der chronischen interstitiellen Leberentzündung vorkommenden Gefässgeräusch. *Präger. med. Woch.*, 1889, xxiv, 535, 560, 585.

JAMBON (M.) et BALMÈS (A.). — Essai sur une classification clinique des cirrhoses hépatiques basée sur les caractères évolutifs. (*La Science médicale pratique*, 15 mars 1930, n° 6.)

KANTOR. — Fälle von Lebernissbildung. (*Wircnows Arch.*, 1903, 174.)

KAUFMAN. — Un cas de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. (*Le Monde Médical*, n° 755, 1^{er} septembre 1929.)

KLOBSTOCK. — *Berlin Klin. Wochens.*, 1911, 36.

KRUMBRHAAR (E.-B.). — Classification et analyse des variétés cliniques des splénomégalias avec anémie. (*American Journal of medical Sciences*, août 1917.)

- LABARRAQUE (Léonce). — Contribution à l'étude de la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. (Thèse Paris, 1923.)
- LABBÉ (Marcel). — Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten in Pathologie Médicale (collection Besançon). T. VI, App. digest., pp. 382-383.
- LEMAIRE. — Bruit musical dans la paroi épigastrique chez un homme affecté de cirrhose du foie. (In *Union Médicale*, n° 4, 11 janvier 1859, pp. 68 à 72.)
- LEMIERRE et GARCIN. — Souffle continu dans la région xyphoïdienne au cours de la cirrhose de Laennec. (*Annales de Médecine*, 1930): référence fausse.
- LINDBROM. — Thrombose chronique des veines porte et splénique. (*Hygiea*, n° 13.)
- LUPU (N.-G.) et GINGOLD (N.). — Un cas de syndrome de Cruveilhier-Baumgarten. Quelques considérations sur la pathogénie de ce syndrome. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest*, II; 271-278, décembre 1929.)
- MANEC. — Recherches anatomico-pathologiques sur la hernie crurale. Paris, 1826, in-4°.
- MASUDA (Niro). — Ueber einen Fall Morbus Banti bei Vollständigen offenbleiben der Vena umbilicalis. (*Medizinische Klin.*, mars 1911, 13.)
- MÉNIÈRE. — Observations relatives à une anastomose du système veineux abdominal. (*Archives générales de Médecine*, Paris, 1826, in-8°, t. x, pp. 381 à 389.)
- MÉRIEL. — Note sur le système veineux para-ombilical et ombilico-veésical. (*Bull. de la Société Anatomique de Paris*, 1902, pp. 469-471.)
- MILOSKAVICH. — *Centrall. g. alg. Path.*, 1912, 23.
- MONNERET. — *Arch. génér. de Méd.*, 1852, t. xxix, p. 395.
- Mc MURRICH. — The development of human body, 1923.
- OETTINGER et MARIE. — De la maladie de Banti. *Rev. de Méd.*, 1911.
- PAGNIEZ et RIVOIRE. — Un cas de cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 20 décembre 1929).
- PÉGOT. — Anomalie veineuse. (*Bulletin de la Société Anatomique*, Paris 1832, in-8°, t. VII, pp. 108-109.)
- Tumeur variqueuse avec anomalie du système veineux et persistance de la veine ombilicale, développement des veines sous-cutanées abdominales. (*Bull. de la Société d'Anatomie de Paris*, 1833, VIII, 49) 57.)
- PIAZZA-MARTINI (V.). — Del rumore di soffio venoso udibile sull'area epatica. *Riforma med. Napoli*, 1894, x, pt. 4, 663, 673, 687.
- Su di un rumore di soffio venoso udibile sullo spazia di Traube. *Lav. d. cong. di med. int.*, Roma, 1893, IX (1899), 198-200.

- PICCHINI (L.). — Contributo allo studio del soffio e fremito epigastrico nella cirrosi epatica. Segno Firenze, 1890-1891, I, 326-364; il Segno, fasc. 12.
- POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie humaine.
- L'OPPER et POPESCO INOTESTI. — Recherches biologiques sur le sang portal humain. (C. R. Société de Biologie, février 1925.)
- POPPER (M.). — Sur un cas de syndrome de Cruveilhier-Baumgarten. Soc. Med. Hôp. Bucarest, déc. 1924.
- PUIG et FONTANEL. — Le souffle veineux para-xyphoïdien et la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. (*Les bonnes formules*, mars 1931, p. 5.)
- *Idem.* (*Journal de Médecine de Lyon*, n° 266, 5 février 1931, pp. 89-102.)
- RAOUL-DUVAL (Ph.). — La cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. (Étude anatomique, clinique et classification symptomatique. Thèse Paris, 1931.)
- RAUBER-KOPSCH. — Anatomie, Bd III, IV.
- ROBIN. — Sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose par Sappey. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, t. xxiv, pp. 943-994.)
- ROESER. — *Bull. de l'Acad. de Médecine*, LXXVIII, p. 18.
- ROKITANSKY. — Pathologische Anatomie Wien, 1884, in-8°, t. II, pp. 673, 674.
- ROLLESTON (H.-D.). — Diseases of the liver etc. 8°. Philadelphia New-York, London (Saunders), 238.
- SAPPEY. — Mémoire sur un point relatif à l'histoire de la cirrhose. (Séance du 8 mars 1859. *Bull. de l'Académie imp. de Méd.*, T. xxiv, p. 596.)
- Mémoire sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose. (*Mémoires de l'Acad. de Méd.*, 1859, T. xxiii.)
- Mémoires sur les veines portes accessoires. (*Journal de l'Anatomie*, 1882.)
- SCHEELE (F.). — Ueber einige seltenere Nonnengerausche und ihren diagnostischen Wert. *Internat. Beitr. z. inn. Med.* Berlin, 1902, II, 41-58.
- SENATOR. — Ueber Anemia splenica und Ascitis Bantische Krankheit. (*Berlin Wochens.*, 1901, 44.)
- SIMMONS. — Zur Frage der Bantische Krankheit. (*Munch. Med. Wochens.*, 1905, 772.)
- SUTETSKI. — Unter dem gilde des morbus Banti verlangende Tuberculosis. (*Wien. Klin. Wochens.*, 1917, 28.)
- TAYLOR (F.). — Cases of cirrhosis of the liver in children with some remarks in cirrhosis. (*Guy's Hosp. reports Vol.*, t. II, 1895, p. 50.)
- TESTUT, LATARJET. — Anatomie humaine. T. II, p. 492-495.

- TESTI. — (Raccoglitori medico XII). A propos du souffle splénique.
- THAYER (W.-S.). — Of the presence of a venous hum in the epigastrium in cirrhosis of liver. (*American Journal of Medical Sciences*, march 1911, pp. 313-327.)
- TOURNEUX. — Précis d'embryologie.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale (3^e volume). De la cirrhose hépatique (3^e édit., 1868, p. 527.)
- UMBER (F.). — Erkrankungen der Leber, der Gallenwege und des Pankreas in Handb. der innen Med. 1926.
- VERCO. — Souffle développé dans la veine mammaire int. du côté droit. (*Australasian Med. gaz.*, décembre 1907.)
- VERSTRAETEN. — Contribution à l'étude des souffles veineux dits bruits de diable chez l'homme. (An. Soc. de Méd. de Gand, 1894, LXXIII, 387.)
- VILLARET (Maurice). — Les phlébectasies sous-cutanées de la paroi thoraco-abdominale; leur valeur séméiologique. (*Paris-Médical*, juillet 1914.)
- VILLARET et BESANÇON. — Les circulations collatérales de la paroi thoraco-abdominale (In Roger Widal et Tessier, fasc. xvi, pp. 161-168.)
- Formes cliniques de la cirrhose du type Laennec: la cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten (in Roger Widal et Tessier, fasc. xvi, p. 466.)
- VISINEANU (N.). — Contributiuni la studiul sindromului Cruveilhier-Baumgarten. Un caz prin anomalie portala si persistenta venei paraombilicale. Teza Bucuresti 1928.
- WALSCHE. — A pratical treatese in the desease of the heart, 1873, p. 141.
- WERTHEIMER. — Recherches sur la veine ombilicale. (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux*, 1886, 22^e année, pp. 1 à 15.)
-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	9
HISTORIQUE.	11
CHAPITRE II. — Observation inédite Puig et Galibern.	24
CHAPITRE III. — Tableau récapitulatif des observations connues.	31
Classification des 42 observations.	43
CHAPITRE IV. — Première partie: Embriologie de la veine ombilicale.	44
Deuxième partie: Anatomie du réseau veineux porto- abdominal.	47
CHAPITRE V. — Etiologie.	52
CHAPITRE VI. — Première partie :Diagnostic du bruit veineux épigastrique.	54
Deuxième partie: De quoi doit-on le distinguer ?..	56
Troisième partie: Où prend-il naissance ?..	57
CHAPITRE VII. — Pathogénie.	59
CONCLUSIONS.	62
BIBLIOGRAPHIE.	64

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten »,

par M. André GALIBERN

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 11 juin 1935.

Le Professeur,

VIRES.

Montpellier, le 12 juin 1935.

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 juin 1935.

Le Recteur,

TAILLIART.

